BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

BUENOS AIRES, MARTES 22 DE AGOSTO DE 2000 AÑO CVIII $ 0,70

Nº 29.466

1ª LEGISLACION Y AVISOS OFICIALES

Los documentos que aparecen en el BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA serán tenidos por auténticos y obligatorios por el efecto de esta publicación y por comunicados y suficientemente circulados dentro de todo el territorio nacional (Decreto Nº 659/1947)

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS
DR. RICARDO R. GIL LAVEDRA
MINISTRO

SECRETARIA DE JUSTICIA Y ASUNTOS LEGISLATIVOS
DR. JORGE G. PEREZ DELGADO
SECRETARIO

SUBSECRETARIA DE JUSTICIA Y ASUNTOS LEGISLATIVOS
DR. CARLOS F. BALBIN
SUBSECRETARIO

DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL
DR. RUBEN A. SOSA
DIRECTOR NACIONAL

Domicilio legal: Suipacha 767
1008 - Capital Federal

Tel. y Fax 4322-3788/3949/
3960/4055/4056/4164/4485

~ ~

http://www.jus.gov.ar/servi/boletin/
Sumario 1ª Sección
(Síntesis Legislativa)
y
3ª Sección

~ ~

e-mail: boletin@jus.gov.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
Nº 34.903

SUMARIO



DECISIONES ADMINISTRATIVAS

HIDROCARBUROS

Decisión Administrativa 106/2000

Autorízase a las empresas Ambas S.R.L. y Pérez Companc S.A. a ceder el total de sus participaciones en la Concesión de Explotación del Area "El Cordón", en la provincia de Santa Cruz.

Bs. As., 15/8/2000

VISTO el Expediente N° 750-003503/96 del Registro del ex-MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, y

CONSIDERANDO:

Que por Decreto N° 2162 de fecha 18 de octubre de 1991 se aprobó el Acta Acuerdo de Reconversión del Contrato N° 23.341 entre la ex-YACIMIENTOS PETROLIFEROS FISCALES SOCIEDAD DEL ESTADO, BRIDAS SOCIEDAD ANONIMA, PETROLERA, INDUSTRIAL Y COMERCIAL y COMPAÑIA NAVIERA PEREZ COMPANC SOCIEDAD ANONIMA, COMERCIAL, FINANCIERA, INMOBILIARIA, MINERA, FORESTAL Y AGROPECUARIA en una Concesión de Explotación por el Area "EL CORDON", en la Provincia de SANTA CRUZ, bajo el régimen de la Ley N° 17.319 y sus decretos reglamentarios.

Que asimismo, el Decreto N° 2162 de fecha 18 de octubre de 1991 otorgó a las citadas empresas una Concesión de Transporte del oleoducto y las instalaciones conexas existentes entre la planta de tratamiento de petróleo del Area "EL CORDON" y la planta de almacenamiento del Area "CAÑADON LEON" de YPF SOCIEDAD ANONIMA, ambas situadas en la Provincia de SANTA CRUZ, en los términos de los Artículos 28 y concordantes de la Ley N° 17.319.

Que con fecha 26 de octubre de 1995 la empresa COMPAÑIA NAVIERA PEREZ COMPANC SOCIEDAD ANONIMA, COMERCIAL, FINANCIERA, INMOBILIARIA, MINERA, FORESTAL Y AGROPECUARIA comunicó su cambio de denominación por PEREZ COMPANC SOCIEDAD ANONIMA, siendo ésta continuadora de la primera y que se halla inscripta en la INSPECCION GENERAL DE JUSTICIA con fecha 3 de octubre de 1995, bajo el Número 9223, Libro 117, Tomo A de Sociedades Anónimas.

Que la empresa BRIDAS SOCIEDAD ANONIMA, PETROLERA, INDUSTRIAL Y COMERCIAL se ha transformado en BRIDAS PETROLERA, INDUSTRIAL Y COMERCIAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA, bajo el Artículo 74 de la Ley de SOCIEDADES COMERCIALES N° 19.550.

Que con fecha 16 de julio de 1998, la empresa BRIDAS PETROLERA, INDUSTRIAL Y COMERCIAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA, comunicó su cambio de denominación por AMBAS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA, siendo ésta continuadora de la primera y que se halla inscripta en la INSPECCION GENERAL DE JUSTICIA con fecha 23 de diciembre de 1997, bajo el Número 10.383, Libro 108, Tomo de SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA.

Que con fecha 4 de septiembre de 1998, se procedió a cambiar la denominación en el REGISTRO DE EMPRESAS PRODUCTORAS de la empresa registrada bajo el N° 44 por el de AMBAS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA.

Que la titularidad de dichas Concesiones resultó así ejercida por las empresas AMBAS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA y PEREZ COMPANC SOCIEDAD ANONIMA.

Que AMBAS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA y PEREZ COMPANC SOCIEDAD ANONIMA han arribado a un acuerdo preliminar con VINTAGE OIL ARGENTINA, INC., SUCURSAL ARGENTINA, para cederle el CIEN POR CIENTO (100%) de la totalidad de participación de ambas empresas, en las Concesiones mencionadas.

Que en consecuencia las empresas cedentes y cesionaria han presentado ante la Autoridad de Aplicación un pedido de autorización, acompañando la correspondiente minuta de escritura pública de cesión.

Que la empresa cesionaria, reúne las condiciones requeridas por la Ley Nº 17.319 para ser titular de Concesiones de Explotación de hidrocarburos.

Que en virtud de ello y de lo dispuesto por los Artículos 27, 28 y concordantes de la Ley N° 17.319, le asiste el derecho a evacuar los hidrocarburos que produzca y en consecuencia a constituirse en Concesionario de Transporte.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE ECONOMIA, ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 100, incisos 1 y 2 de la CONSTITUCION NACIONAL, los Artículos 72 y 98, inciso b) de la Ley N° 17.319, y el Artículo 8° del Decreto N° 909 de fecha 30 de junio de 1995.

Por ello,

EL JEFE DE GABINETE
DE MINISTROS
DECIDE:

Artículo 1° — Autorízase a las empresas AMBAS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA y PEREZ COMPANC SOCIEDAD ANONIMA en su carácter de titulares de la Concesión de Explotación del Area "EL CORDON", en la Provincia de SANTA CRUZ, a ceder el CIEN POR CIENTO (100%) de la totalidad de sus participaciones en la misma, a favor de la empresa VINTAGE OIL ARGENTINA, INC., SUCURSAL ARGENTINA.

Art. 2° — Autorízase a las empresas AMBAS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA y PEREZ COMPANC SOCIEDAD ANONIMA en su carácter de titulares de la Concesión de Transporte del oleoducto y las instalaciones conexas existentes entre la planta de tratamiento de petróleo crudo del Area "EL CORDON" y la planta de almacenamiento del Area "CAÑADON LEON" de YPF SOCIEDAD ANONIMA, ambas situadas en la Provincia de SANTA CRUZ, a ceder el CIEN POR CIENTO (100%) de la totalidad de sus participaciones en la misma, a favor de la empresa VINTAGE OIL ARGENTINA, INC., SUCURSAL ARGENTINA.

Art. 3° — Las autorizaciones que se otorgan en los artículos precedentes, tendrán una validez de SESENTA (60) días hábiles, contados a partir de la fecha de extensión del certificado de "Libre Deuda" por la Autoridad de Aplicación, al cabo de la cual, caducará la mencionada autorización.

Art. 4° — Las empresas cedentes y cesionaria involucradas en las cesiones que por la presente se autorizan, deberán presentar a la Autoridad de Aplicación la escritura definitiva de las cesiones, a los fines de la efectiva vigencia de las mismas.

Art. 5º — A los efectos del otorgamiento de la escritura pública de las cesiones que se autorizan en los Artículos 1° y 2° de este acto, el Escribano Público interviniente deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 74 de la Ley N° 17.319.

Art. 6° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Rodolfo H. Terragno.



DECISIONES ADMINISTRATIVAS SINTETIZADAS

JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

Decisión Administrativa 104/2000

Bs. As., 15/8/2000

Modifícase la distribución del Presupuesto de la Administración Nacional para el Ejercicio 2000, aprobado por la Ley N° 25.237 y distribuido por la Decisión Administrativa N° 1 del 12 de enero de 2000, en la Jurisdicción 25 — Jefatura de Gabinete de Ministros, Programa 16 — Conducción de la Administración General del País, Actividad 01 — Coordinación Técnica, Administrativa y Política, a efectos de cumplir todas las misiones que se ha impuesto la citada Jefatura, incluyendo: la selección de programas de la Administración elegibles para créditos internacionales; el Plan Aire Limpio; la creación del sitio www.cristal.gov.ar, a fin de asegurar la transparencia de los actos de gobierno y el cumplimiento de la Ley de Responsabilidad Fiscal; la confección de un programa nacional de desarrollo económico a mediano y largo plazo denominado Plan Bicentenario, así como otras tareas delegadas por el Poder Ejecutivo Nacional, que el Jefe de Gabinete de Ministros lleva adelante con la colaboración de técnicos y auxiliares contratados a fin de brindar asistencia en las significativas funciones que tiene asignadas dicho funcionario.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, COMERCIO INTERNACIONAL Y CULTO

Decisión Administrativa 101/2000

Bs. As., 9/8/2000

Dase por prorrogada, a partir del 14 de mayo de 2000, y por el término de trescientos sesenta y cinco (365) días, la adscripción al Ministerio Público —Procuración General de la Nación— del Ministro Plenipotenciario de Segunda Clase Alfredo ORTIZ BAEZA, del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto.

MINISTERIO DE INFRAESTRUCTURA Y VIVIENDA

Decisión Administrativa 105/2000

Bs. As., 15/8/2000

Modifícase el Presupuesto de la Administración Nacional para el ejercicio 2000, en las Jurisdicciones 85 — Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Programa 90 — Atención del Estado de Emergencia por Inundaciones, Actividades 81 y 82 — Atención del Estado de Emergencia por Inundaciones y 55 — Ministerio de Infraestructura y Vivienda, a los efectos de transferir las partidas presupuestarias destinadas a la imputación del componente de infraestructura social del Contrato de Préstamo BID N° 1118/OC-AR "Programa de Emergencia para la Recuperación de las Zonas Afectadas por las Inundaciones".



RESOLUCIONES

Comisión Nacional de Comunicaciones

SERVICIOS POSTALES

Resolución 1661/2000

Mantiénese la inscripción de la empresa Coordinadora Americana de Servicios S.A. en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales.

Bs. As., 11/8/2000

VISTO el expediente N° 1072 del Registro de la COMISION NACIONAL DE COMUNICACIONES de 1999, y

CONSIDERANDO:

Que en las presentes actuaciones la firma denominada COORDINADORA AMERICANA DE SERVICIOS S.A. ha solicitado que se mantenga su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales, en el que fue inscripta el 9 de abril de 1999, con el número QUINIENTOS NOVENTA Y UNO (591).

Que en relación a lo peticionado, se ha verificado que la empresa ha dado cumplimiento a las condiciones exigidas por el artículo 11 del Decreto N° 1187/93, modificado por Decreto N° 115/97, para el mantenimiento de su inscripción.

Que de la documentación aportada puede inferirse que quienes forman parte de los órganos de administración o control de la persona ideal de marras no han sido condenados por los delitos previstos en los artículos 153, 154, 155, 156, 157, 194, 254, 255 y 288 del Código Penal.

Que ha sido presentada la declaración jurada prevista por el artículo 14 del decreto ya referido.

Que la interesada ha acreditado, en sus aspectos formales, el cumplimiento de la exigencia que prescribe el último párrafo del artículo 11 del Decreto N° 1187/93, modificado por su similar N° 115/97, en lo relativo a las presentaciones trimestrales con vencimientos operados hasta la fecha de su solicitud, ello sin perjuicio de las verificaciones que en ejercicio de la competencia de este Organismo, puedan disponerse con ulterioridad.

Que la Gerencia de Jurídicos y Normas Regulatorias, en su carácter de Servicio Jurídico Permanente de la COMISION NACIONAL DE COMUNICACIONES, ha tomado la intervención que le compete y manifiesta no tener objeciones de índole legal que formular.

Que, en consecuencia, procede mantener inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales a la firma denominada COORDINADORA AMERICANA DE SERVICIOS S.A.

Que esta medida se dicta de conformidad con las facultades contenidas en el artículo 6° inciso d´) del Decreto N° 1185/90 y sus normas concordantes y complementarias y en la Resolución CNC N° 31/98.

Por ello,

EL DIRECTORIO DE LA COMISION
NACIONAL DE COMUNICACIONES
RESUELVE:

Artículo 1° — Declárase que la firma denominada COORDINADORA AMERICANA DE SERVICIOS S.A. ha acreditado el cumplimiento de los requisitos previstos en el Decreto N° 1187/93 y sus modificatorios, para el mantenimiento de su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales.

Art. 2° — Mantiénese inscripta a la empresa referida en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales con el número QUINIENTOS NOVENTA Y UNO (591).

Art. 3° — Regístrese, comuníquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, publíquese y archívese. — Carlos T. Forno.

Comisión Nacional de Comunicaciones

SERVICIOS POSTALES

Resolución 1659/2000

Mantiénese inscripta la empresa Mar Express S.A. Correo Privado en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales.

Bs. As., 11/8/2000

VISTO el expediente Nº 714 del Registro de la COMISION NACIONAL DE COMUNICACIONES de 1999, y

CONSIDERANDO:

Que en las presentes actuaciones la firma denominada MAR EXPRESS S.A. CORREO PRIVADO ha solicitado que se mantenga su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales, en el que fue inscripta el 17 de junio de 1999, con el número SEISCIENTOS (600).

Que en relación a lo peticionado, se ha verificado que la empresa ha dado cumplimiento a las condiciones exigidas por el artículo 11 del Decreto Nº 1187/93, modificado por Decreto Nº 115/97, para el mantenimiento de su inscripción.

Que de la documentación aportada pude inferirse que quienes forman parte de los órganos de administración o control de la persona ideal de marras no han sido condenados por los delitos previstos en los artículos 153, 154, 155, 156, 157, 194, 254, 255 y 288 del Código Penal.

Que ha sido presentada la declaración jurada prevista por el artículo 14 del decreto ya referido.

Que la interesada ha acreditado, en sus aspectos formales, el cumplimiento de la exigencia que prescribe el último párrafo del artículo 11 del decreto Nº 1187/93, modificado por su similar Nº 115/97, en lo relativo a las presentaciones trimestrales con vencimientos operados hasta la fecha de su solicitud, ello sin perjuicio de las verificaciones que, en ejercicio de la competencia de este Organismo, puedan disponerse con ulterioridad.

Que la Gerencia de Jurídicos y Normas Regulatorias, en su carácter de Servicio Jurídico Permanente de la COMISION NACIONAL DE COMUNICACIONES, ha tomado la intervención que le compete y manifiesta no tener objeciones de índole legal que formular.

Que, en consecuencia, procede mantener inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales a la firma denominada MAR EXPRESS S.A. CORREO PRIVADO.

Que esta medida se dicta de conformidad con las facultades contenidas en el artículo 6º inciso d') del Decreto Nº 1185/90 y sus normas concordantes y complementarias y en la Resolución CNC Nº 31/98.

Por ello,

EL DIRECTORIO DE LA COMISION
NACIONAL DE COMUNICACIONES
RESUELVE:

Artículo 1º — Declárase que la firma denominada MAR EXPRESS S.A. CORREO PRIVADO ha acreditado el cumplimiento de los requisitos previstos en el Decreto Nº 1187/93 y sus modificatorios, para el mantenimiento de su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales.

Art. 2º — Mantiénese inscripta a la empresa referida en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales con el número SEISCIENTOS (600).

Art. 3º — Regístrese, comuníquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, publíquese y archívese. — Carlos T. Forno.

Comisión Nacional de Comunicaciones

SERVICIOS POSTALES

Resolución 1660/2000

Mantiénese la inscripción de la empresa Ferpost S.R.L. en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales.

Bs. As., 11/8/2000

VISTO el expediente Nº 162 del Registro de la ex COMISION NACIONAL DE CORREOS Y TELEGRAFOS de 1996, y

CONSIDERANDO:

Que en las presentes actuaciones la firma denominada FERPOST S.R.L. ha solicitado que se mantenga su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales, en el que fue inscripta el 3 de marzo de 1994, con el número CIENTO SETENTA Y OCHO (178).

Que en relación a lo peticionado, se ha verificado que la empresa ha dado cumplimiento a las condiciones exigidas por el artículo 11 del Decreto Nº 1187/93, modificado por Decreto Nº 115/97, para el mantenimiento de su inscripción.

Que de la documentación aportada puede inferirse que quienes forman parte de los órganos de administración o control de la persona ideal de marras no han sido condena-

dos por los delitos previstos en los artículos 153, 154, 155, 156, 157, 194, 254, 255 y 288 del Código Penal.

Que ha sido presentada la declaración jurada prevista por el artículo 14 del decreto ya referido.

Que la interesada ha acreditado, en sus aspectos formales, el cumplimiento de la exigencia que prescribe el último párrafo del artículo 11 del decreto Nº 1187/93, modificado por su similar Nº 115/97, en lo relativo a las presentaciones trimestrales con vencimientos operados hasta la fecha de su solicitud, ello sin perjuicio de las verificaciones que, en ejercicio de la competencia de este Organismo, puedan disponerse con ulterioridad.

Que la Gerencia de Jurídicos y Normas Regulatorias, en su carácter de Servicio Jurídico Permanente de la COMISION NACIONAL DE COMUNICACIONES, ha tomado la intervención que le compete y manifiesta no tener objeciones de índole legal que formular.

Que, en consecuencia, procede mantener inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales a la firma denominada FERPOST S.R.L.

Que esta medida se dicta de conformidad con las facultades contenidas en el artículo 6º inciso d') del Decreto Nº 1185/90 y sus normas concordantes y complementarias y en la Resolución CNC Nº 31/98.

Por ello,

EL DIRECTORIO DE LA COMISION NACIONAL DE COMUNICACIONES RESUELVE:

Artículo 1º — Declárase que la firma denominada FERPOST S.R.L. ha acreditado el cumplimiento de los requisitos previstos en el Decreto Nº 1187/93 y sus modificatorios, para el mantenimiento de su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales.

Art. 2º — Mantiénese inscripta a la empresa referida en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios Postales con el número CIENTO SETENTA Y OCHO (178).

Art. 3º — Regístrese, comuníquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, publíquese y archívese. — Carlos T. Forno.

Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria

SANIDAD ANIMAL

Resolución 1129/2000

Declárase a determinados departamentos de la provincia de Entre Ríos como Zona de Vigilancia, de acuerdo con lo estipulado por el Código Zoosanitario de la OIE.

Bs. As., 8/8/2000

VISTO el expediente Nº 13.973/2000 del Registro del SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA, y

CONSIDERANDO:

Que la situación planteada en la Provincia de ENTRE RIOS ante la detección de animales que resultaron positivos serológicamente al virus de la Fiebre Aftosa.

Que la REPUBLICA ARGENTINA se encuentra reconocida por Resolución Nº XII de la 68º Sesión General del Comité Internacional de la OIE como "País Libre de Fiebre Aftosa que no practica la vacunación".

Que la condición sanitaria referida hace necesaria la adopción de criterios epidemiológicos y medidas de vigilancia y control de máxima prevención.

Que dentro del accionar de las medidas adoptadas se detectó hacienda ingresada ilegalmente al país.

Que los animales mencionados, previo a su sacrificio por su ingreso ilegal, fueron sangrados y arrojaron serología positiva a Fiebre Aftosa.

Que del rastreo epidemiológico y de los estudios efectuados surge una correlación positiva entre los ingresos ilegales antes citados y la situación detectada en la Provincia de ENTRE RIOS, de animales seropositivos.

Que, ante la situación planteada, es indispensable restringir preventivamente los movimientos de animales desde esta provincia hacia el resto del territorio, a los fines de comprobar la situación epidemiológica de los animales.

Que resulta indispensable adoptar la totalidad de las medidas acordes con las actuales disposiciones internacionales en la materia.

Que el Código Zoosanitario Internacional en el capítulo 1.4.4. establece los lineamientos y criterios para la zonificación y regionalización, determinando como Zona de Vigilancia aquella que deberá tener una superficie mínima, determinada en función de las condiciones geográficas y climáticas existentes y del tipo de enfermedad considerada, en la cual, entre otras medidas, se establecerán acciones de vigilancia rigurosas, incluyendo los controles de desplazamiento de animales.

Que la Dirección Nacional de Sanidad Animal y la Dirección de Epidemiología, considera adecuada la sugerencia efectuada.

Que el Consejo de Administración ha tomado la intervención que le compete.

Que la Dirección de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención que le compete, expidiéndose favorablemente.

Que el suscripto es competente para resolver en esta instancia de acuerdo a lo previsto en los Decretos Nros. 643 de fecha 19 de junio de 1996 y su modificatorio 1324 de fecha 10 de diciembre de 1998, 363 de fecha 2 de mayo de 2000, y por aplicación del artículo 8º, incisos h) y m) del Decreto Nº 1585 de fecha 19 de diciembre de 1996.

Por ello,

EL PRESIDENTE DEL SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA RESUELVE:

Artículo 1º — Declarar en la provincia de ENTRE RIOS, una ZONA DE VIGILANCIA, la cual abarca parte de los Departamentos: Uruguay, Gualeguaychú, Colón y Villaguay de acuerdo a lo estipulado en el artículo 1.4.4.4. del Código Zoosanitario de la OIE.

Art. 2º — Los límites de dicha zona son: al Este el Río Uruguay; al Sur el Río Uruguay hasta la desembocadura del Río Gualeguaychú, el Río Gualeguaychú hasta su intersección con la Ruta Provincial Nº 20 continuando por la misma ruta hasta Urdinarrain; al Oeste la Ruta Provincial Nº 20 desde Urdinarrain hasta su intersección con la Ruta Nacional Nº 18, continuando por la Ruta Nacional Nº 18 hasta su intersección con el Arroyo Grande del Pedernal; al Norte el Arroyo Grande del Pedernal desde su intersección con la Ruta Nacional Nº 18 hasta su desembocadura en el Río Uruguay.

Art. 3º — Queda prohibido el egreso de animales de las especies susceptibles a la Fiebre Aftosa, desde la zona de vigilancia hacia el resto del país.

Art. 4º — Todos los movimientos de animales dentro de la zona de vigilancia, incluidos los ingresos desde otras zonas del país se realizarán, bajo la modalidad de despacho de tropas y sometidos a estrictos controles, incluyendo inspección clínica en origen y destino.

Art. 5º — El SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA podrá determinar dentro de la zona de vigilancia, áreas con medidas suplementarias diferenciales o de mayor restricción en caso de considerarlo necesario, tales como despoblamiento sanitario u otras. Asimismo podrá modificar los límites de la zona de vigilancia en caso de considerarlo adecuado.

Art. 6º — Se intensificarán las actividades de vigilancia y control en el resto del territorio provincial.

Art. 7º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Oscar A. Bruni.

Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria

SANIDAD ANIMAL

Resolución 1128/2000

Declárase a la provincia de Corrientes Zona de Vigilancia, de acuerdo con lo estipulado por el Código Zoosanitario de la OIE.

Bs. As., 8/8/2000

VISTO el expediente Nº 13.973/2000 del registro del SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA, y

CONSIDERANDO:

Que la situación planteada en la Provincia de CORRIENTES ante la detección de animales que resultaron positivos serológicamente al virus de la Fiebre Aftosa.

Que la REPUBLICA ARGENTINA se encuentra reconocida por Resolución Nº XII de la 68º Sesión General del Comité Internacional de la OIE como "País Libre de Fiebre Aftosa que no practica la vacunación".

Que la condición sanitaria referida hace necesaria la adopción de criterios epidemiológicos y medidas de vigilancia y control de máxima prevención.

Que dentro del accionar de las medidas adoptadas se detectó hacienda ingresada ilegalmente al país.

Que los animales mencionados, previo a su sacrificio por su ingreso ilegal, fueron sangrados y arrojaron serología positiva a Fiebre Aftosa.

Que ante la situación planteada, es indispensable restringir preventivamente los movimientos de animales desde esta provincia hacia el resto del territorio, a los fines de comprobar la situación epidemiológica de los animales.

Que resulta indispensable adoptar la totalidad de las medidas acordes con las actuales disposiciones internacionales en la materia.

Que el Código Zoosanitario Internacional en el capítulo 1.4.4. establece los lineamientos y criterios para la zonificación y regionalización, determinado como Zona de vigilancia, aquella que deberá tener una superficie mínima determinada en función de las condiciones geográficas y climáticas existentes y del tipo de enfermedad considerada, en la cual, entre otras medidas, se establecerán acciones de vigilancia rigurosas, incluyendo los controles de desplazamiento de animales.

Que el Consejo de Administración ha tomado la intervención que le compete.

Que la Dirección de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención que le compete, expidiéndose favorablemente.

Que el suscripto es competente para resolver en esta instancia de acuerdo a lo previsto en los Decretos Nros. 643 de fecha 19 de junio de 1996 y su modificatorio 1324 de fecha 10 de diciembre de 1998, 363 de fecha 2 de mayo de 2000, y por aplicación del artículo 8º, incisos h) y m) del Decreto Nº 1585 de fecha 19 de diciembre de 1996.

Por ello,

EL PRESIDENTE DEL SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA RESUELVE:

Artículo 1º — Declarar a la provincia de CORRIENTES, como ZONA DE VIGILANCIA, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 1.4.4.4. del Código Zoosanitario de la OIE.

Art. 2º — Los límites de dicha zona son: al Este el límite interprovincial con la Provincia de MISIONES continuándose con el Río Uruguay hasta Paso de los Libres Provincia de CORRIENTES; al Sur la Ruta Nacional Nº 117 (ex-Ruta Nacional Nº 14) desde Pasos de los Libres, Provincia de CORRIENTES, hasta su intersección con la Ruta Nacional Nº 14, continuando por esta última hasta su cruce con la Ruta Nacional Nº 123, siguiendo por ésta hasta la localidad de Desmochado, continuando por la Ruta Nacional Nº 12 hasta Bella Vista; al Oeste el Río Paraná desde Bella Vista hasta la Ciudad de Corrientes, Provincia de CORRIENTES; al Norte el Río Paraná desde la Ciudad de Corrientes hasta el límite interprovincial con la Provincia de MISIONES.

Art. 3º — Queda prohibido el egreso de animales de las especies susceptibles a la Fiebre Aftosa, desde la zona de vigilancia hacia el resto del país.

Art. 4º — Todos los movimientos de animales dentro de la zona de vigilancia, incluidos los ingresos desde otras zonas del país se realizarán, bajo la modalidad de despacho de tropas y sometidos a estrictos controles, incluyendo inspección clínica en origen y destino.

Art. 5º — El SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA podrá determinar dentro de la zona de vigilancia, áreas con medidas suplementarias diferenciales o de mayor restricción en caso de considerarlo necesario, tales como despoblamiento sanitario u otras. Asimismo podrá modificar los límites de la zona de vigilancia en caso de considerarlo adecuado.

Art. 6º — Se intensificarán las actividades de vigilancia y control en el resto del territorio provincial.

Art. 7º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Oscar A. Bruni.

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 642/2000

Apruébase la Guía Básica para la Vigilancia Transoperatoria y Procedimientos Diagnósticos en Anestesiología, incorporándose la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Bs. As., 8/8/2000

VISTO el Expediente N° 1-2002-18284-99-7 del Registro del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de la GUIA BASICA PARA LA VIGILANCIA

TRANSOPERATORIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ANESTESIOLOGIA, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIOLOGIA; ASOCIACION DE ANESTESIOLOGIA DE BUENOS AIRES y FUNDACION PARA EL ESTUDIO, INVESTIGACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR.

Que la DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DE SERVICIOS ha prestado su consentimiento a la Guía o Norma antedicha.

Que la SUBSECRETARIA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD, COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

QUE la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello:

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébase la GUIA BASICA PARA LA VIGILANCIA TRANSOPERATORIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ANESTESIOLOGIA, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º — Incorpórase la GUIA BASICA PARA LA VIGILANCIA TRANSOPERATORIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ANESTESIOLOGIA que se aprueba en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 3º — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa la citada guía, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2° precedente.

Art. 4º — La guía que se aprueba por la presente Resolución podrá ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observada entrará en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 5º — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente guía para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 6º — Agradecer a las entidades participantes FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIOLOGIA; ASOCIACION DE ANESTESIOLOGIA DE BUENOS AIRES y FUNDACION PARA EL ESTUDIO, INVESTIGACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 7º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Héctor J. Lombardo.

ANEXO

GUIA BASICA PARA LA VIGILANCIA TRANSOPERATORIA
Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ANESTESIOLOGIA

1. Esta guía se aplica a cualquier paciente bajo anestesia general, regional, local, sedación o vigilancia monitorizada al cuidado de un médico anestesiólogo.

2. Este conjunto de normas se refiere únicamente al monitoreo anestésico básico, que es uno de los componentes del cuidado anestésico.

3. Estas normas pueden excederse en cualquier momento basadas en el juicio del anestesiólogo responsable del paciente y tienen la intención de lograr una atención de alta calidad del mismo. No obstante, su aplicación no puede garantizar un resultado específico.

4. En ciertas circunstancias raras o inusuales, 1) algunos de estos métodos de vigilancia pueden ser clínicamente impracticables y 2) es posible que el uso adecuado de los métodos de monitoreo descriptos no puedan detectar un curso clínico desfavorable. Además, pueden ser inevitables breves interrupciones de la vigilancia.

5. En situaciones excepcionales, el anestesiólogo responsable puede no utilizar los requerimientos marcados con un asterisco(*). Se recomienda que cuando esto ocurra deje constancia (incluyendo las razones) en la historia clínica del paciente.

6. Bajo circunstancias de urgencia toman preeminencia las medidas de resuscitación cardiopulmonar.

7. Estas normas no son obligatorias para el cuidado de la paciente en trabajo de parto o en la conducción del tratamiento del dolor.

8. Estas normas están sujetas a revisión periódica para adecuarlas a la evolución de la tecnología y de la práctica médica.

ACLARACION: Obsérvese que “constante” se define como “repetición regular y frecuente en una sucesión uniformemente rápida”, mientras que “contínuo” significa “prolongación sin interrupciones en el tiempo”.

“Debe” es la condición obligatoria para cumplir la norma respectiva.

“Debería” es una condición muy conveniente pero no obligatoria.

“Puede” es una condición que se adopta si se la cree oportuna.

NORMA I

El anestesiólogo debe evaluar al paciente antes del acto anestésico y documentar sus hallazgos en la historia clínica. Dicha documentación puede ser obviada en los casos de emergencia.

NORMA II

En el quirófano debe estar presente un médico con certificado de especialista en anestesiología durante el proceso de conducción de toda anestesia general, regional, local, sedación o vigilancia monitorizada.

Debido a los rápidos cambios en el estado del paciente durante la anestesia, el médico anestesiólogo debe vigilarlo y proporcionarle atención anestésica en forma continua.

En el caso de que hubiera un riesgo conocido directo para el anestesiólogo la vigilancia deberá adecuarse a la circunstancia.

Si una urgencia requiriera la ausencia temporal del anestesiólogo, quedará a juicio del mismo comparar la misma con el estado del paciente a su cuidado y la selección del personal que deja como responsable durante su ausencia.

El médico anestesiólogo no debe efectuar procedimientos anestésicos simultáneos salvo en situaciones de emergencia.

NORMA III

Durante los procedimientos anestésicos se debe monitorizar la oxigenación, la ventilación, la circulación y, de acuerdo a la norma III d, la temperatura de los pacientes.

El anestesiólogo debe documentar los hallazgos en la historia clínica, pudiendo ser obviado en casos de emergencia.

a) OXIGENACION

OBJETIVO

Proporcionar una concentración adecuada de oxígeno en el gas inspirado y/o en la sangre durante todo el proceso anestésico.

METODO

1. Gas inspirado: durante toda administración de anestesia general utilizando una máquina de anestesia debe medirse la concentración de oxígeno en el sistema ventilatorio mediante un analizador de oxígeno provisto de una alarma sensible a bajas concentraciones.

2. Oxigenación de la sangre: durante todo proceso anestésico debe utilizarse un método cuantitativo de valoración de la oxigenación, como la oximetría de pulso.* Una adecuada iluminación y exposición del paciente son necesarias para valorar su coloración.

b) VENTILACION

OBJETIVO

Asegurar una ventilación adecuada del paciente durante todo el proceso anestésico.

METODO

1. A todo paciente que recibe anestesia se le debe evaluar continuamente la ventilación.

Debería vigilarse cuantitativamente el contenido de C02 y/o el volumen de gas espirado. Se consideran útiles los signos clínicos cualitativos como la excursión torácica, la observación de la bolsa reservorio y la auscultación de los ruidos respiratorios.

2. Al efectuar la intubación endotraqueal u otro método alternativo, debe verificarse su correcta colocación mediante la valoración clínica e identificación del C02 en el gas espirado.

Debe ser analizado en forma contínua el anhídrido carbónico de fin de espiración mediante algún método cuantitativo como la capnografía, capnometría o espectroscopía de masas desde que es colocado el tubo endotraqueal hasta la extubación o hasta que se produzca la transferencia a un sector de cuidados postoperatorios.

3. Cuando la ventilación es controlada por un ventilador mecánico, debe existir un dispositivo que en forma contínua detecte la desconexión de alguno de los componentes del sistema respiratorio. El dispositivo debe tener una señal aubible cuando se exceda su umbral de alarma.

4. Durante la anestesia regional y la vigilancia monitorizada, debe evaluarse la ventilación mediante la observación continua de los signos clínicos cualitativos.

c) CIRCULACION

OBJETIVO

Controlar la función circulatoria del paciente durante todo el proceso anestésico.

METODO

1. A todo paciente bajo el cuidado de un médico anestesiólogo se le debe controlar en forma continua la actividad eléctrica cardíaca mediante un osciloscopio.*

2. En todo paciente al que se realiza un proceso anestésico se debe determinar y valorar la presión sanguínea arterial y la frecuencia cardíaca cuando menos cada cinco minutos.

3. A todo paciente que recibe anestesia se le debe evaluar continuamente la función circulatoria mediante, al menos, uno de los procedimientos siguientes: palpación del pulso, auscultación de los ruidos cardíacos, vigilancia de la presión intraarterial, ultrasonido de pulsos periféricos y pletismografía u oximetría de pulso.

d) TEMPERATURA CORPORAL

OBJETIVO

Controlar la temperatura corporal durante todo el proceso anestésico.

METODO

Cuando se desean, esperan o sospechan cambios en la temperatura corporal, ésta debe ser medida en forma continua.

Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria

SANIDAD ANIMAL

Resolución 1127/2000

Declárase a la provincia de Formosa y un área determinada de la provincia de Chaco como Zona de Vigilancia, de acuerdo con lo estipulado por el Código Zoosanitario de la OIE.

Bs. As., 8/8/2000

VISTO el expediente N° 13.973/2000 del registro del SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA, y

CONSIDERANDO:

Que la situación planteada en la Provincia de FORMOSA ante la detección de animales que resultaron positivos serológicamente al virus de la Fiebre Aftosa.

Que la REPUBLICA ARGENTINA se encuentra reconocida por Resolución N° XII de la 68° Sesión General del Comité Internacional de la OIE como “País Libre de Fiebre Aftosa que no practica la vacunación”.

Que la condición sanitaria referida hace necesaria la adopción de criterios epidemiológicos y medidas de vigilancia y control de máxima prevención.

Que dentro del accionar de las medidas adoptadas se detectó hacienda ingresada ilegalmente al país.

Que los animales mencionados, previo a su sacrificio por su ingreso ilegal, fueron sangrados y arrojaron serología positiva a Fiebre Aftosa.

Que, ante la situación planteada, es indispensable restringir preventivamente los movimientos de animales desde esta provincia hacia el resto del territorio, a los fines de comprobar la situación epidemiológica de los animales.

Que resulta indispensable adoptar la totalidad de las medidas acordes con las actuales disposiciones internacionales en la materia.

Que el Código Zoosanitario Internacional en el capítulo 1.4.4. establece los lineamientos y criterios para la zonificación y regionaliza-ción, determinando como Zona de Vigilancia, aquella que deberá tener una superficie mínima, determinada en función de las condiciones geográficas y climáticas existentes y del tipo de enfermedad considerada, en la cual, entre otras medidas, se establecerán acciones de vigilancia rigurosas, incluyendo los controles de desplazamiento de animales.

Que la Dirección de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención que le compete, expidiéndose favorablemente.

Que el Consejo de Administración ha tomado la intervención que le compete.

Que el suscripto es competente para resolver en esta instancia de acuerdo a lo previsto en los Decretos Nros. 643 de fecha 19 de junio de 1996 y su modificatorio 1324 de fecha 10 de diciembre de 1998, 363 de fecha 2 de mayo de 2000, y por aplicación del artículo 8°, incisos h) y m) del Decreto N° 1585 de fecha 19 de diciembre de 1996.

Por ello,

EL PRESIDENTE
DEL SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD
Y CALIDAD AGROALIMENTARIA
RESUELVE:

Artículo 1° — Declarar a la Provincia de FORMOSA y al área situada al Este de la Ruta Nacional N° 11 de los Departamentos de Bermejo y 1° de Mayo de la Provincia de CHACO como ZONA DE VIGILANCIA, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 1.4.4.4. del Código Zoosanitario de la OIE.

Art. 2° — Los límites de dicha zona son: al Norte el Río Pilcomayo; al Oeste, en la Provincia de FORMOSA el límite interprovincial con la Provincia de SALTA, y en los Departamentos Bermejo y 1° de Mayo de la Provincia de CHACO la Ruta Nacional N° 11; al Sur, en la Provincia de FORMOSA los ríos Teuco y Bermejo, hasta el cruce con la Ruta Nacional N° 11, y en el Departamento 1° de Mayo el límite interdepartamental con el Departamento de San Fernando; y al Oeste los ríos Paraguay y Paraná.

Art. 3° — Queda prohibido el egreso de animales de las especies susceptibles a la Fiebre Aftosa, desde la zona de vigilancia hacia el resto del país.

Art. 4° — Todos los movimientos de animales dentro de la zona de vigilancia, incluidos los ingresos desde otras zonas del país se realizarán, bajo la modalidad de despacho de tropas y sometidos a estrictos controles, incluyendo inspección clínica en origen y destino.

Art. 5° — El SENASA podrá determinar dentro de la zona de vigilancia, áreas con medidas suplementarias diferenciales o de mayor restricción en caso de considerarlo necesario, tales como despoblamiento sanitario u otras. Asimismo podrá modificar los límites de la zona de vigilancia en caso de considerarlo adecuado.

Art. 6° — Se intensificarán las actividades de vigilancia y control en las áreas fronterizas con la REPUBLICA DEL PARAGUAY, que revistan riesgo de ingresos ilegales de animales, productos o derivados, con riesgo de vehiculización de virus aftoso.

Art. 7° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese.- Oscar A. Bruni.

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 641/2000

Apruébanse las Normas de Organización y Funcionamiento de Farmacia en Establecimientos Asistenciales, incorporándose las mismas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Bs. As., 8/8/2000

VISTO el Expediente Nº 1-2002-12498/99-5 del Registro del ex MINISTERIO DE SALUD y ACCION SOCIAL, y el Decreto nº 1269 del 20 de Julio de 1992 por el que se aprueban las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud; y

CONSIDERANDO:

Que dichas políticas tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del MINISTERIO DE SALUD de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de las NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUIMICA (UBA); SOCIEDAD ARGENTINA DE FARMACIA; ASOCIACION DE FACULTADES DE CIENCIAS MEDICAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA (AFACIMERA); ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM); ASOCIACION MEDICA ARGENTINA (AMA) y CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA.

Que la DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DE SERVICIOS ha prestado su consentimiento a la Guía o Norma antedicha.

Que la SUBSECRETARIA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD, COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones conferidas por la “Ley de Ministerios T.O. 1992” modificada por Ley nº 25.233.

Por ello:

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébanse las NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES, que como Anexo forman parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º — Incorpóranse las NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES que se aprueban en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 3º — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa las citadas normas, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de las mismas en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2º precedente.

Art. 4º — Las normas que se aprueban por la presente Resolución podrán ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Uníversitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observadas entrarán en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 5º — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente norma para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 6º — Agradécese a la FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUIMICA (UBA); SOCIEDAD ARGENTINA DE FARMACIA; ASOCIACION DE FACULTADES DE CIENCIAS MEDICAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA (AFACIMERA); ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM); ASOCIACION MEDICA ARGENTINA (AMA) y CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA, por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 7º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Héctor J. Lombardo.

PROPUESTA DE GUIA
DE GESTION PARA
SERVICIOS DE
FARMACIA EN
ESTABLECIMIENTOS
ASISTENCIALES

INTRODUCCION

Los factores socioeconómicos influyen decisivamente en la prestación de la atención sanitaria, el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la atención farmacéutica. Allí donde las poblaciones envejecen, la prevalencia de las enfermedades crónicas y la gama de medicamentos se amplía, la farmacoterapia se convierte en la forma de intervención médica más frecuentemente utilizada en la práctica profesional. Una farmacoterapia apropiada permite obtener una atención sanitaria segura y económica, en tanto que el uso inadecuado de fármacos tiene importantes consecuencias tanto para los pacientes como para la sociedad en general. Es necesario asegurar una utilización racional y económica de los medicamentos en todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo. Los farmacéuticos tienen un cometido fundamental que desempeñar en lo que se refiere a atender las necesidades de los individuos y la sociedad a este respecto.

La Atención Farmacéutica es un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. La atención farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente. (1).

El carácter beneficiario de la atención farmacéutica se extiende al público en su conjunto reconociendo así mismo al farmacéutico como dispensador de atención sanitaria, participando activamente en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, junto con otros miembros del equipo de atención de salud.

La Guía para la Gestión de los Servicios de Farmacia en Establecimientos Asistenciales que presentamos es un documento en el que se define el núcleo básico de funciones que deberían ser gestionadas por todos los Servicios de Farmacia para la dispensación de medicamentos e insumos farmacéuticos, la cual se efectuará exclusivamente a los pacientes internados en los mismos.

Quedan exceptuados de esta disposición únicamente los pacientes ambulatorios de hospitales públicos bajo tratamientos especiales, que reciban el medicamento sin cargo.

Con ella se pretende definir las áreas de actuación, los requisitos mínimos, los productos y sus correspondientes indicadores de gestión en un servicio de Farmacia de un Establecimiento Asistencial.

La Guía se desarrolla aceptando dos premisas que explican el contenido de la misma y que podemos concretar en:

— Respetar las características de cada Centro Asistencial,

— La participación de los profesionales en la Gestión.

Por lo tanto, esperamos que la gestión de los Centros tanto públicos como privados genere una búsqueda constante de la calidad, permitiendo afrontar los retos que la sanidad demanda a los profesionales sanitarios en estos momentos.

1) Cuando en el texto se recomiendan normas y procedimientos éstas deberán ser conocidas y aprobadas por la Dirección, a propuesta del Servicio de Farmacia.

2) El contenido de la Guía ha sido elaborado aceptando como estructura básica la que a continuación se detalla:

— Definición de área.

— Consideraciones generales.

— Requisitos mínimos.

— Productos.

— Indicadores de gestión.

3) Todas las actividades que se describen a continuación se apoyan en dos áreas fundamentales:

— Gestión Clínica y Económica de la Farmacoterapia y otros Insumos Farmacéuticos.

— Dispensación y distribución.

4) Para el desarrollo del esquema de gestión que se propone en esta Guía es preciso que el Servicio de Farmacia disponga del soporte informático adecuado.

5) Cuando en cada una de las áreas nos referimos a indicadores generales éstos deben referirse siempre a un período concreto.

CATEGORIZACION POR
NIVELES DE RIESGO

RESOLUCION Nº 282/94

INTRODUCCION:

Este documento anexo de la Resolución nº 282 sobre criterios básicos de categorización de establecimientos asistenciales constituyen el esquema básico y elemental sobre el que se asientan la categorización de los establecimientos asistenciales con internación para el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Los requerimientos aquí presentados son los mínimos necesarios para el desarrollo de las actividades en los establecimientos asistenciales. La Secretaría de Salud continúa permanentemente el proceso de revisión y profundización de los mismos.

Dicha categorización está basada en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de la tecnología disponible. Para ello se definen a los niveles de la siguiente manera:

NIVEL I: BAJO RIESGO

Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicio o sistema en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de salud de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contra referencia.

NIVEL II: MEDIANO RIESGO

Puede constituir la puerta de entrada al sistema.

Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agregan un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnóstico y terapéutico que exceden la resolución del bajo riesgo.

NIVEL III: ALTO RIESGO

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema.

Puede realizar acciones del bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sea por el recurso humano capacitado como así también en el recurso tecnológico disponible.

En base a las definiciones precedentes se analizan a continuación los requerimientos mínimos en cada nivel en lo que hace a:

a) Marco Normativo de Funcionamiento.

b) Recurso Humano.

c) Planta Física.

d) Equipamiento Tecnológico.

Las normas de atención médicas realizadas y que se realizan a posteriori deberán estar enmarcadas en lo dispuesto por el art. de la Resolución nº 282 y el artículo 7º de la Resolución Ministerial Nº 149/93.

El equipamiento tecnológico mínimo requerido deberá ser acorde a las prácticas que se desarrollen en cada nivel y surgirán claramente determinadas en función de las normas de atención médica que se incorporen al Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica.

DEFINICION DEL SERVICIO
SEGUN NIVELES DE RIESGO

De acuerdo a la definición de los niveles de riesgo los Servicios de Farmacia de diferentes establecimientos asistenciales públicos y privados deberán desarrollar las siguientes actividades:

ACTIVIDADES	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
GESTION	SI	SI	SI
DISPENSACION	SI	SI	SI
ELABORACION	SI (1)	SI (2)	SI (2)
INFORMACION DE MEDICAMENTOS	SI	SI	SI
FARMACOCINETICA	OP	OP	SI
TOXICOLOGIA	OP	OP	SI
FARMACOVIGILANCIA	SI	SI	SI
RADIOFARMACIA (5)	NO	NO	OP
ESTERILIZACION (3)	SI	SI	SI
DOCENCIA E INVESTIGACION PREGRADO Y POSGRADO	SI	SI	SI
ASIST. FARM. DE URGENCIA (4)	OP	OP	SI

(1) No necesitan condiciones de seguridad biológica.

(2) Necesitan áreas definidas, separadas y de seguridad biológica.

(3) Esterilización: de acuerdo a lo establecido en la Resolución nº 209.

(OP) Opcional

(4) De acuerdo a la estructura organizacional de cada establecimiento asistencial.

(5) De acuerdo a normas pertinentes o vigentes.

La complejidad de cada Nivel determinará las prestaciones farmacéuticas que serán atendidas.

A) MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO

A.1. AREA DE GESTION

A.1. Definición de Area

Es el área en la que se definen los procedimientos básicos para la selección, adquisición, recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos farmacéuticos en volumen y a plazos razonables, con el mínimo riesgo para el paciente y al menor costo posible.

Se pueden distinguir dos importantes áreas de gestión:

1. Gestión clínica de la farmacoterapia.

2. Gestión de las adquisiciones.

A.1.1. GESTION CLINICA DE LA FARMACOTERAPIA Y OTROS INSUMOS FARMACEUTICOS

Un servicio de farmacia desarrolla un modelo de gestión clínica cuando está comprometido en la utilización de medicamentos de una manera eficiente, segura y medida por criterios técnico-farmacéuticos (Uso racional).

A.1.1.1. Consideraciones generales

— El Establecimiento Asistencial debe disponer de una Guía Farmacoterapéutica que refleje la elección de medicamentos disponibles en el establecimiento incluidos radiofármacos. La Guía farmacoterapéutica es un documento consensuado con los médicos a través del Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) y aprobado por la Dirección Médica. De esta forma, el CFT se convierte en un instrumento eficaz para mejorar la utilización de los medicamentos al promover una terapéutica segura y costo-efectiva.

— La prescripción de los medicamentos en el Establecimiento Asistencial se debe ajustar al contenido de la Guía Farmacoterapéutica. El Servicio de Farmacia está autorizado a comprar en forma programada los medicamentos incluidos en dicha guía.

— La selección de medicamentos contribuye a incrementar la experiencia de los prescriptores en un número reducido de medicamentos, facilitando así un uso más racional de los mismos. Una selección rigurosa constituye junto con la información y la distribución los pilares básicos sobre los que se asienta la Farmacia Hospitalaria.

— Un modelo de Gestión Clínica de la Farmacoterapia debe contemplar la sustitución terapéutica y/o por genéricos, de acuerdo con los criterios establecidos por el Comité de Farmacia y Terapéutica y basar su actuación en el establecimiento y seguimiento de protocolos terapéuticos.

A.1.1.2 Requisitos mínimos

— Existencia del Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT). El CFT se estima básico para establecer la política de medicamentos en el Establecimiento Asistencial. Es una comisión formada por médicos, farmacéuticos, enfermeras y otros profesionales, siendo aconsejable que la elección de sus componentes se realice en función de su motivación y conocimientos en el campo de la terapéutica y de la utilización de medicamentos. Sus decisiones serán vinculantes para la estructura directiva del Establecimiento Asistencial en determinadas áreas de decisión, en concreto, dentro de los campos de la selección, adquisición y distribución de los medicamentos. La Dirección se implicará en los objetivos fijados por el CFT con el fin de que los acuerdos adoptados por el mismo sean respaldados por la Dirección del Establecimiento Asistencial.

Entre los objetivos del CFT podemos destacar:

Seleccionar los medicamentos que va a utilizar el establecimiento asistencial, incluidos radiofármacos, con criterios de calidad, eficacia, seguridad y costo.

Recomendar la implementación de una política de utilización de medicamentos y otros insumos farmacéuticos.

Educar en todos aquellos aspectos relacionados con el uso correcto de los medicamentos, promoviendo programas de actualización terapéutica.

Elaborar protocolos de utilización de medicamentos, así como implementar métodos que garanticen su cumplimiento, priorizando medicamentos de elevado riesgo o elevado costo.

Implementar un programa para detección, seguimiento y evaluación de reacciones adversas a medicamentos.

Cooperar en el programa de Garantía de Calidad del Establecimiento Asistencial.

— Edición de la Guía Farmacoterapéutica y revisión periódica de su contenido.

— Edición del catálogo de insumos farmacéuticos y revisión periódica de su contenido.

— Desarrollar dentro del Establecimiento Asistencial el Consenso Terapéutico. Este consenso quedará reflejado en los correspondientes protocolos.

— Existencia de un Centro de Información de Medicamentos adecuadamente dotado como requisito básico para la Selección de Medicamentos.

A.1.1.3. Productos

A.1.1.3.1. Selección de medicamentos y otros insumos farmacéuticos

La selección se realizará aplicando criterios que incluyan los siguientes aspectos del medicamento e insumo evaluado:

— Eficacia y seguridad.

— Costo-efectividad.

— Aportación al arsenal terapéutico ya existente

— Repercusión en el Area Sanitaria.

Es deseable que cada nuevo medicamento que se introduzca en la Guía vaya acompañado de un protocolo de uso y un estudio farmacoeconómico.

A.1.1.3.2. Guía Farmacoterapéutica

Es el conjunto de medicamentos evaluados y seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica del Establecimiento, teniendo en cuenta los criterios citados en el apartado anterior.

A.1.1.3.3. Protocolos Terapéuticos

Estos representan el resultado del consenso terapéutico.

A.1.1.3.4 Catálogo de Insumos Farmacéuticos

Es el conjunto de insumos farmacéuticos evaluados y seleccionados por el comité de Farmacia y Terapéutica del Establecimiento, teniendo en cuenta los criterios citados en el apartado anterior.

1.2 GESTION DE ADQUISICION

Es el área que garantiza la disponibilidad de los medicamentos e insumos farmacéuticos necesarios para tratar a los pacientes que dependen del Establecimiento Asistencial.

A.1.2.1 Consideraciones generales

En el área de gestión de adquisiciones se dispondrá de un procedimiento informatizado, el cual se apoyará en los resultados del área de gestión clínica de la farmacoterapia e insumos farmacéuticos.

Sus principales actividades se concretan en:

— Definir y clasificar la demanda

— Establecer el procedimiento de adquisición dentro del marco legal y por delegación la Dirección del Centro Asistencial.

— Gestionar los pedidos

— Ofrecer información de todo lo relacionado con la adquisición de medicamentos a la Dirección del Centro Asistencial.

— Desarrollar un programa de garantía de calidad de todo el proceso

A.1.2.2. Requisitos mínimos

A.1.2.2.1. Sistemas de información

El objetivo de desarrollar un sistema de información es disponer de datos que faciliten la toma de decisiones en el campo del medicamento y de los insumos farmacéuticos tanto al Servicio de Farmacia como a todas las estructuras del Establecimiento Asistencial. Estos sistemas de información deben incluir las dos áreas de la gestión: económica y Farmacoterapéutica. Ambas deben estar integradas en un sistema que contemple todas las actividades del Servicio de Farmacia.

El Servicio de Farmacia establecerá en su manual de procedimientos las características de la información: periodicidad, tipo de información y circuito dentro de la estructura del Centro Asistencial.

A.1.2.2.1.1. Datos mínimos necesarios para la gestión económica

Control de existencias: las normas y procedimientos internos del Centro Asistencial deberán contemplar entre otros el stock: volumen y valoración.

Gestión de proveedores: establecer los procedimientos para controlar el volumen de adquisiciones por proveedor, dando preferencia a la información que ayude a tomar decisiones:

- Por principios activos: ABC, grupo terapéutico y alfabético
- Principios activos desglosados por especialidades
- Por compañías farmacéuticas: ABC y alfabético
- Por especialidades: ABC, grupo terapéutico y alfabético
- Por Insumos Farmacéuticos: ABC; alfabético, por grupo, etc.

A. 1.2.2.1.2. Datos necesarios para la gestión Farmacoterapéutica e Insumos farmacéuticos

Los distintos niveles de información serán:

— Global de medicamentos: análisis del consumo de medicamentos por principios activos, grupo terapéutico, especialidades y ABC.

— Centro de costo (GFH, servicios médicos, unidades de enfermería, .) análisis de consumos por principios activos, grupos terapéuticos, especialidades, ABC e insumos farmacéuticos

— Paciente: análisis por paciente y por grupos de pacientes (GRD)(CASE MIX) etc.

A.1.2.2.2 Definición de la demanda

Las compras vendrán determinadas por los consumos. Para su estimación se recomienda disponer de una aplicación informática que proporcione la siguiente información:

- Listados ABC por consumos, grupo terapéutico, principio activo y especialidades farmacéuticas.
- Listado de evolución de los consumos:

— Consumo global por servicio - GFH

— Consumo por servicio - GFH; desglosado en grupos terapéuticos, especialidades y/o principios activos

— Consumos por paciente

— Consumo por GRD

- Análisis del efecto-volumen y el efecto-precio, especialmente en los medicamentos del grupo A (clasificación de Pareto)
- Previsión de la demanda de nuevos medicamentos incorporables a la GFT
- Seguimiento presupuestario: en la elaboración y seguimiento presupuestario deberá diferenciarse el presupuesto destinado a pacientes internados y pacientes que no generen internación diaria bajo programas especiales (ver 2.1.). El seguimiento presupuestario se realizará a partir de los consumos realizados en estos dos grupos de pacientes.

A.1.2.2.3. Gestión de la adquisición

El proceso de adquisición necesita, para ser llevado a cabo con eficiencia, la aplicación de criterios técnico-farmacéuticos a los procedimientos básicos de gestión y siempre deberá asegurar la cobertura de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes.

Deberán existir procedimientos normatizados en cada estructura sanitaria para la regulación del proceso de adquisición.

A.1.2.2.4. Gestión de pedidos

El pedido es el documento que finaliza el proceso de gestión de compra o adquisición.

La mejora de la gestión de pedidos pasa por la definición de:

— Stock máximo

— Stock mínimo

— Punto de pedido

El pedido debe incluir la firma del jefe de Servicio de la Farmacia y la conformidad de la Dirección del Centro Asistencial.

Las operaciones contables derivadas del proceso de gestión de pedidos deben ser comunicadas por el Servicio de Farmacia al de Contabilidad.

A.1.3. INDICADORES DE GESTION

A.1.3.1. Indicadores de actividad

— Número de especialidades farmacéuticas en la Guía farmacoterapéutica

— Número de principios activos en la Guía farmacoterapéutica

— Proporción de especialidades medicinales/principios activos incluidas en la Guía farmacoterapéutica.

— Número de solicitudes de inclusión de fármacos recibidas y evaluadas

— Número de fármacos incluidos/excluidos

— Número de protocolos terapéuticos en los que el Servicio de Farmacia participa en la elaboración, seguimiento y puesta al día

— Número de reuniones del Comité de Farmacia y Terapéutica

A.1.3.2. Indicadores económicos

— Indice de rotación de stock

— Proporción consumo/adquisiciones

A.2. AREA DE DISPENSACION Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS: GESTION DE CONSUMOS

A.2.1. Definición del Area

Es aquella área que se ocupa de la demanda asistencial de medicamentos e insumos farmacéuticos para atender los requerimientos generados exclusivamente por:

- **Pacientes hospitalizados y bajo control del Establecimiento Asistencial**

(Son aquellos que se encuentran internados en el Establecimiento Asistencial o unidades asistenciales; o sometidos a intervenciones quirúrgicas en quirófanos; o atendidos bajo el régimen de hospitalización domiciliaria).

- **Pacientes que no generan internación.** Se agrupan en:

— Pacientes que reciben directa y gratuitamente la medicación en el Servicio de Farmacia: (Programas HIV, TBC, FIBROSIS QUISTICAS, etc.)

— Pacientes externos que reciben directamente la medicación en el servicio de farmacia a requerimiento de: Hemodiálisis, Radiología, Hemodinamia, hospital de día, Quirófano de día, urgencias.

La presente enumeración es de carácter taxativo. Por lo tanto el área no podrá vender ni proveer requerimientos de medicamentos a pacientes ambulatorios y/o facturarlos a un tercero pagador.

Es también el área que analiza la prescripción para verificar el cumplimiento de la política de medicamentos e insumos farmacéuticos del Establecimiento Asistencial y planificar las adquisiciones.

A.2.2. Consideraciones Generales

— Se dispondrá de guías y procedimientos generales para dispensación de medicamentos e insumos farmacéuticos incluyendo situaciones de urgencia y otros (estupefacientes, muestras para ensayo clínico...) aprobadas por la Dirección del Centro Asistencial a propuesta del servicio de Farmacia.

— El sistema de dispensación proporcionará información farmacoterapéutica individualizada por servicio/GFH, que permita hacer una gestión farmacoterapéutica eficiente y oriente los programas de intervención farmacéutica.

Se desarrollará una guía y evaluación de garantía de calidad de todo el proceso.

A.2.3. Requisitos Mínimos

— Disponer de los recursos materiales y humanos que aseguren una dispensación individualizada y de un control adecuado de los botiquines de planta.

— Disponer de un sistema informático de dispensación compatible con la gestión de stock que respete en el diseño básico el concepto de GFH como unidad de consumo y posibilite en un diseño más avanzado análisis por GRD.

— Disponer de un espacio diferenciado y con buenas comunicaciones con las unidades de hospitalización.

— Disponer de un área diferenciada y bien comunicada para atender a los pacientes de programas especiales de atención gratuita en régimen ambulatorio que precisen atención farmacéutica (EJ.: HIV, TBC, FIBROSIS QUISTICA, etc.)

A.2.4. Productos

A.2.4.1. Sistemas de dispensación con la intervención previa del farmacéutico

A.2.4.1.1. Sistema de dispensación en dosis unitarias

A.2.4.1.1.1. Objetivo

— Conocer la historia farmacoterapéutica de los pacientes promoviendo la intervención farmacéutica (sustitución genérica y/o terapéutica) antes de la dispensación y administración de los medicamentos, colaborando activamente en la disminución de los errores de medicación, interacciones y reacciones adversas.

— Asignar costos de forma individualizada por paciente

A.2.4.1.1.2. Requisitos mínimos

— La validación de la Receta por el farmacéutico

A.2.4.1.1.3. Consideraciones particulares

— A efectos de la eficiencia en la calidad de la prestación es recomendable que:

- La medicación se enviará perfectamente identificada reenvasada en Dosis Unitarias y en cantidad suficiente para cubrir un máximo de 24 horas, como así también se envíe toda la medicación preparada para su administración evitando así manipulaciones posteriores de la misma.

- El servicio de Farmacia dispondrá de un perfil farmacoterapéutico por paciente en el que conste toda medicación prescrita.

- Se recomienda que el sistema informático esté conectado on - line con admisión, a los fines de contar con el listado actualizado de pacientes internados o en programas especiales.

A.2.4.1.2. Dispensación de medicamentos especiales: estupefacientes, uso compasivo, muestras para investigación clínica y medicamentos extranjeros

A.2.4.1.2.1. Estupefacientes

A.2.4.1.2.1.1. Objetivo

— Controlar la utilización de este grupo de medicamentos de acuerdo con los requisitos establecidos por la legislación vigente

A.2.4.1.2.1.2. Requisitos mínimos

— Normas escritas para la prescripción, dispensación y administración de estupefacientes.

A.2.4.1.2.1.3. Consideraciones particulares

— Prescripción con duración limitada que sea archivada en el Servicio de Farmacia.

A.2.4.1.2.2. Medicamentos de investigación clínica de uso compasivo

A.2.4.1.2.2.1. Objetivo

— Controlar la adquisición, dispensación y utilización en pacientes aislados de este tipo de medicamentos, entendiendo como tales especialidades farmacéuticas para indicaciones no autorizadas para ese uso terapéutico y/o fármacos en investigación clínica que no son objeto de ensayo clínico.

A.2.4.1.2.2.2. Requisitos mínimos

— Cumplir con la normativa legal sobre medicamentos de uso compasivo.

A.2.4.1.2.2.3. Consideraciones particulares

- El Servicio de Farmacia se responsabilizará de tramitar a la autoridad sanitaria competente los siguientes documentos:

— Informe clínico, escrito por el médico justificando la solicitud del medicamento.

— Consentimiento informado por escrito del paciente, ya que éste asume un posible riesgo que debe conocer.

— Conformidad de la Dirección Médica para su utilización, ya que el Establecimiento Asistencial asume la responsabilidad derivada de su utilización.

— Se recomienda la realización por el Servicio de Farmacia de un informe con soporte bibliográfico que avale la indicación clínica.

— El Servicio de Farmacia mantendrá informado al médico y a la Dirección Médica del curso de la tramitación

— El Servicio de Farmacia una vez autorizado el tratamiento procederá a su adquisición, dispensación y control de uso.

A.2.4.1.2.3. Muestras para investigación Clínica

A.2.4.1.2.3.1. Objetivo

— Controlar la recepción, dispensación y utilización de este tipo de medicamentos, entendiendo como tales: especialidades farmacéuticas registradas o no en Argentina y que van a ser utilizadas en la realización de Ensayos Clínicos.

A.2.4.1.2.3.2. Requisitos mínimos

— Cumplir con la legislación vigente que establece los requisitos para la realización de Ensayos Clínicos con medicamentos.

A.2.4.1.2.3.3. Consideraciones particulares

— El Servicio de Farmacia es responsable de la recepción, almacenamiento, dispensación y distribución de las muestras para investigación.

— El servicio de Farmacia debe conocer y disponer de una copia del protocolo aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos.

— La dispensación se realizará previa petición escrita y firmada por el investigador autorizado.

A.2.4.1.2.4. Medicamentos extranjeros

A.2.4.1.2.4.1. Objetivo

— Controlar la adquisición, dispensación y utilización de este tipo de medicamentos, entendiendo como tales: especialidades farmacéuticas no registradas en Argentina, disponibles en otros países, con la indicación autorizada para el proceso que se pretende tratar.

A.2.4.1.2.4.2. Requisitos mínimos

— Cumplir con las normativas vigentes

A.2.4.1.2.4.3. Consideraciones particulares

— El Servicio de Farmacia se responsabilizará de tramitar a la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) la documentación necesaria en cada situación:

- Medicamentos extranjeros de uso individualizado. La autorización es para un paciente concreto. Su tramitación necesita adjuntar datos de la historia clínica del paciente en los documentos diseñados al efecto y que se encuentran a disposición del médico en el Servicio de Farmacia.

- Medicamentos extranjeros de uso protocolizado. Se utiliza para productos o fármacos en situaciones de urgencia o de amplio uso en el hospital (productos de diagnóstico, medicamentos con indicaciones ampliamente reconocidas, pero no disponibles en Argentina,...). Para su tramitación no son necesarios los documentos del párrafo anterior.

A.2.4.2. Sistema de dispensación con la intervención del farmacéutico posterior a la dispensación.

A.2.4.2.1. Sistema de dispensación por reposición y paciente

A.2.4.2.1.1. Objetivo

— Conocer la historia farmacoterapéutica de los pacientes y la imputación de costo de forma individualizada

A.2.4.2.1.2. Requisitos mínimos

— Conocer las unidades de medicamentos administrados en un periodo de 24 horas.

A.2.4.2.1.3. Consideraciones particulares

— Establecer Stock controlados de medicamentos que permitan la administración de medicamentos con anterioridad a la dispensación.

— Reponer diariamente mediante una dispensación global toda la medicación administrada al paciente en dicho periodo.

— Establecer programas de intervención farmacéutica que promuevan la utilización adecuada de los medicamentos.

A.2.4.2.2. Sistema de dispensación por stock en Unidad de Enfermería.

A.2.4.2.2.1. Objetivo

— Conocer el consumo en unidades por cada GFH o por Unidad de Enfermería.

A.2.4.2.2.2. Requisitos mínimos

Establecer un Stock fijo en cada GFH o Unidad de Enfermería, de acuerdo a las necesidades pactadas entre el Servicio de Farmacia y la Unidad Clínica correspondiente, según las características particulares de los pacientes atendidos en dicha Unidad.

— Establecer la frecuencia óptima de reposición.

A.2.4.2.2.3. Consideraciones particulares

— Sólo se recomienda en aquellas unidades en las cuales los sistemas de dispensación anteriormente descriptos no son operativos

— No es recomendable para unidades de hospitalización

— No es recomendable en aquellas unidades que coexisten distintos servicios médicos por dificultar el desarrollo de la contabilidad analítica

A.2.4.2.3. Dispensación y Control de Botiquines de Emergencia

A.2.4.2.3.1. Objetivo

— Cubrir las necesidades de medicamentos en las situaciones contempladas en los apartados 2.4.1.1 y 2.4.2.1, sistemas de dispensación de dosis unitarias y por reposición y paciente.

— Garantizar la correcta conservación y mantenimiento de los medicamentos que constituyen dichos botiquines de emergencia.

A.2.4.2.2.2. Requisitos mínimos

— Controlar caducidad, correcta identificación y condiciones de conservación

A.2.4.2.3.3. Consideraciones particulares

— Establecer normas y procedimientos que garanticen el cumplimiento de los requisitos.

— Revisar periódicamente, el cumplimiento de estos requisitos. Las revisiones deberán documentarse debidamente mediante impreso diseñado a tal fin.

— En cada Unidad donde se encuentran medicamentos, tanto en la custodia como en el correcto almacenamiento, es responsabilidad del supervisor/a de enfermería. El control y la supervisión, del farmacéutico.

A.2.4.2.4. Gestión de consumo

Los Servicios de Farmacia realizarán periódicamente los siguientes análisis:

- Análisis ABC de consumo por Grupos Terapéuticos y Principios Activos
- Análisis ABC de consumo por Servicios y GFH
- Seguimiento de consumos programados con servicios y GFH: análisis de desviaciones

A.2.5. INDICADORES DE GESTION

A.2.5.1. Indicadores de actividad

— Número total de pacientes atendidos por Dosis Unitaria.

— Relación entre pacientes con dispensación con Dosis Unitaria/ total de pacientes ingresados al hospital.

— Relación de pacientes con otros sistemas de dispensación/total de pacientes ingresados en el hospital.

— Relación de órdenes médicas con intervención farmacéutica previa a su dispensación/ total de órdenes médicas.

— Número de pacientes en tratamiento individualizado con medicamentos extranjeros.

— Número de medicamentos extranjeros utilizados.

— Número de paciente externos atendidos en programas especiales.

— Número de pacientes con tratamiento de Uso Compasivo.

— Número de pacientes tratados con medicamentos en Investigación Clínica.

— Número de Ensayos Clínicos en curso.

A.2.5.2. Indicadores económicos

— Costo total de medicamentos

— Porcentaje de costos de medicamentos en paciente internados.

— Porcentaje de costos de medicamentos en pacientes externos en programas especiales.

— Costo de medicamentos por paciente internado y bajo control del Establecimiento Asistencial (ingreso, internado, UPA, GRD'S u otras medidas.)

— Costo de medicamentos por pacientes externos de programas especiales y patología

— Relación costo total de antinfecciosos/ costo total de medicamentos.

— Relación costo total de fluido terapia/ costo total de medicamentos.

A.3. AREA DE ELABORACION

A.3.1. Definición del Area

Es el área que permite adecuar los principios activos y medicamentos para la administración directa al paciente.

A.3.2. Consideraciones Generales

— Deberán considerarse dos espacios claramente diferenciados, según sea necesario o no condiciones de trabajo con seguridad biológica.

— Necesitan seguridad biológica

- Mezclas Intravenosas y Nutrición Parenteral
- Citotóxicos
- Otros preparados estériles

— No necesitan condiciones de seguridad biológica

- Formulaciones magistrales y oficinales no estériles
- Reenvasado en Dosis Unitarias no estériles

— Se recomienda que el Servicio de Farmacia realice un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con nutrición artificial y los pacientes con quimioterapia.

— El Comité de Farmacia y Terapéutica definirá todos los productos que deberá tener dispuestos de forma normalizada el Servicio de Farmacia y que figuraran en la Guía Farmacoterapéutica. Existirá un protocolo de uso de todas las preparaciones estandarizadas en dicha Guía.

— Existirán guías y procedimientos escritos de actuación general e individual, todos ellos de obligado cumplimiento, que recogerán los requisitos de las buenas prácticas de procedimiento.

Es necesario realizar una gestión integral de todos los elementos utilizados en la elaboración con revisiones periódicas de todo el equipamiento.

A.3.3. Requisitos Mínimos

— Areas de trabajo diferenciadas y controladas.

— Sistema informático integrado tanto a nivel de elaboración como a nivel de la dispensación que permita la imputación de costos por Servicio, GFH, GRD y por paciente.

— Personal entrenado en tareas de elaboración, supervisión y control.

— Equipamiento y material de acondicionamiento adecuados para la elaboración de las distintas fórmulas.

— Diseño de un programa de calidad.

A.3.4. Productos

Deberán tenerse en cuenta dos tipos de formulaciones

A.3.4.1. Formulaciones no estériles

A.3.4.1.1. Fórmulas Magistrales y Normalizadas

Se diferenciarán dentro de ellas la Fórmulas Magistrales, elaboradas para un paciente concreto, de las Fórmulas Normalizadas, preparadas de forma programada por el Servicio de Farmacia e incluidas en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital.

Se elaborarán en zona limpia, bien diferenciada y con técnica aséptica.

El equipamiento vendrá condicionado por el tipo de formulaciones que sean incluidas en la Guía Farmacoterapéutica para la atención del paciente.

A.3.4.1.2. Reenvasado en Dosis Unitaria

Un medicamento se considera que está reenvasado en Dosis Unitaria si contiene la cantidad para una sola dosis y está identificado en cuanto a composición, dosis, lote y vencimiento, quedando disponible para su administración directa sin necesidad de cálculos y/o manipulación previa.

Se diferenciarán formas orales sólidas, formas orales líquidas y otras.

El reenvasado en dosis unitarias se llevará a cabo en una zona diferenciada.

El equipamiento será el adecuado para el acondicionamiento de las formas orales sólidas y formas orales líquidas.

Existirán normas escritas de obligado cumplimiento que garantizarán la seguridad del proceso en cuanto a que el producto reenvasado en dosis unitarias se corresponda con el etiquetado y en cuanto a la correcta conservación del nuevo envase.

A.3.4.2. Formulaciones estériles

Se consideran fórmulas que necesitan seguridad biológica:

Mezclas Intravenosas:

- Nutrición Parenteral
- Citotóxicos
- Otras Mezclas Intravenosas

Otros productos estériles:

- Colirios
- Preparados intratecales
- Otros

— Se obtendrán en ambiente estéril, en zona bien diferenciada y sometida a controles periódicos mediante técnica aséptica que permita garantizar la esterilidad del producto final.

— Se entiende por ambiente estéril aquel que se consigue mediante el empleo de campana de flujo laminar horizontal o vertical, ubicada en un área específica destinada a ese único fin y biológicamente controlada.

A.3.4.2.1. Nutrición parenteral

Las mezclas de preparación extemporánea para Nutrición Parenteral, destinadas a un paciente individualizado se prepararán en zona diferenciada bajo campana de flujo laminar horizontal.

Deben existir protocolos escritos sobre:

- Preparación
- Administración

A.3.4.2.2. Citotóxicos

Los Citotóxicos se prepararán en zona estéril, bien diferenciada, bajo campana de flujo laminar vertical de seguridad biológica clase B con salida de aire filtrado al exterior.

Se recomiendan protocolos escritos sobre:

- Tratamiento
- Preparación
- Administración
- Extravasación
- Contaminación
- Eliminación de residuos

A.3.5. Indicadores de Gestión

A.3.5.1. Indicadores de actividad

— Número de unidades de fórmulas magistrales elaboradas

— Número de unidades de preparados oficinales elaborados

— Número de formas farmacéuticas diferentes elaboradas

— Nutrición artificial:

- Número de unidades de Nutrición Enteral (NE)
- Número de pacientes con seguimiento de NE
- Número de unidades de Nutrición Parenteral (NP)
- Relación entre unidades NP estandarizadas/número de unidades totales de NP
- Número de unidades en Nutrición Parenteral Periférica (NPP)

— Citotóxicos

- Número de unidades preparadas
- Número de pacientes tratados con citotóxicos

—Otras mezclas IV:

- Número de unidades preparadas
- Número de preparaciones intravenosas (IV) con distinta composición cualitativa

— Otras formulaciones estériles

- Número de unidades preparadas
- Número de preparaciones intravenosas estériles con distinta composición cualitativa

— Reenvasado

- Número de Unidades preparadas
- Número de especialidades farmacéuticas reenvasadas

A.3.5.2. Indicadores económicos

— Costo total de la Nutrición Parenteral

— Costo total Nutrición Parenteral por paciente

— Costo total de Nutrición Enteral

— Costo Nutrición Enteral por paciente

— Costo total de Citostáticos

— Porcentaje de Citostáticos en pacientes que no generan internación (ver 2.1)

— Costos de Citostáticos por paciente

A.4. CENTRO DE INFORMACION DE MEDICAMENTOS

A.4.1. Definición de Area

El Centro de Información de Medicamentos (CIM) se define como una Unidad Funcional estructurada bajo la dirección de un Farmacéutico capacitado en proporcionar información sobre medicamentos y analizar y evaluar su utilización de forma objetiva en tiempo útil, haciendo uso óptimo de las fuentes de información necesarias.

A.4.2. Consideraciones Generales

— Como Información de Medicamentos se entiende el conjunto de conocimientos y técnicas que permiten la transmisión de información en materia de medicamentos, con la finalidad de optimizar la terapéutica en interés del paciente y la sociedad, las actividades de Información de Medicamentos se materializarán en el CIM.

— Se identifica como función del CIM, el análisis, evaluación y transmisión de información sobre los Medicamentos y su utilización. Las funciones globales que finalmente desarrolle cada CIM dependerán de las características del Establecimiento Asistencial.

— El CIM realizará Información Activa (boletines, informes técnicos), así como Información Pasiva (resolución de consultas)

— Se recomienda establecer un programa de aseguramiento de garantía de calidad de todo el proceso.

A.4.3. Requisitos Mínimos

— El CIM formará parte del Servicio de Farmacia y deberá estar dirigido por un farmacéutico capacitado.

— Se recomienda que el CIM esté ubicado en un espacio adecuado a tal fin y de fácil acceso y que disponga de los medios materiales y bibliográficos necesarios para el desarrollo de sus funciones.

A.4.4. Productos

— Informes de evaluación de la utilización de medicamentos

— Consultas resueltas

— Informes a pacientes

— Boletines informativos

— Informes técnicos a comisiones.

A.4.5. Indicadores

A.4.5.1. Indicadores de actividad

— Número de informes de evaluación de la utilización de medicamentos

— Número de consultas resueltas en el CIM

— Número de informes técnicos a comisiones

— Número de informes a pacientes

— Número de boletines informativos emitidos por el CIM

A.5. AREA DE FARMACOCINETICA CLINICA

A.5.1. Definición de Area

Es el área destinada a establecer la individualización de la posología que asegure la máxima eficiencia de los tratamientos farmacológicos. Se basa en la aplicación de principios farmacocinéticos y recurre a la determinación de la concentración de fármacos en fluidos biológicos y la utilización de parámetros farmacocinéticos, poblaciones o a ambos tipos de información.

A.5.2. Consideraciones Generales

— Es recomendable que el laboratorio donde se lleven a cabo las determinaciones analíticas se localice en el área de Farmacocinética Clínica.

— Deben existir Normas y procedimientos escritos de todos los procesos del área y se establecerán programas de garantía de calidad externo e interno.

A.5.3. Requisitos Mínimos

— El área de Farmacocinética Clínica dispondrá de un espacio diferenciado con equipamiento adecuado. Se recomienda prestar cobertura durante 24 horas.

— El área de Farmacocinética Clínica estará bajo la supervisión de un farmacéutico y contará con el personal auxiliar necesario para el desarrollo de esta actividad asistencial.

— El área de Farmacocinética Clínica deberá disponer de informática para el tratamiento de datos farmacocinéticos y para el registro de la actividad. Se recomienda su integración con el servidor central de gestión de pacientes para facilitar la gestión del área, dado que conocer el perfil farmacoterapéutico de los pacientes asegura una racionalización de los programas de monitoreo.

A.5.4. Productos

— Determinación de la concentración de fármacos en fluidos biológicos.

— Informe farmacocinético, principal producto del área como soporte para la toma de decisiones terapéuticas.

A.5.5. Indicadores de Gestión

A.5.5.1. Indicadores de actividad

— Número de medicamentos monitorizados

— Número total de pacientes monitoreados (internados y que no generan estancias).

— Número total de muestras procesadas

— Número total de informes farmacocinéticos

— Relación Número total de informes farmacocinéticos/número total de muestras procesadas.

A.5.5.2. Indicadores Económicos

— Costo medio por resultado y medicamento

— Costo medio por paciente y medicamento

A.6. AREA DE TOXICIDAD DE FARMACOS

A.6.1. Definición de Area

Es el área destinada a proporcionar información, y proveer los antídotos necesarios ante sospecha de intoxicación por productos químicos o biológicos.

A.6.2. Consideraciones Generales

Existirán Normas y procedimientos escritos de todos los procesos del área y se establecerá un programa de garantía de calidad externo e interno.

A.6.3. Requisitos Mínimos

El área de Toxicidad de Fármacos deberá disponer de una aplicación informática para el tratamiento de datos y el registro de actividades. Se recomienda su integración con el servidor central de gestión de pacientes para facilitar la gestión del área.

A.6.4. Productos

— Determinación de la presencia y concentración del producto en fluidos biológicos.

— Informe toxicológico del área.

A.6.5. Indicadores de Gestión

A.6.5.1. Indicadores de actividad

— Número total de informes toxicológicos

— Número total de informes toxicológicos/número total de consultas

A.7. AREA DE FARMACOVIGILANCIA

A.7.1. Definición de Area

Es el área en la que se realiza un seguimiento de los medicamentos con la finalidad de observar, evaluar y comunicar la Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) que estos pueden producir cuando son utilizados en la práctica clínica.

A.7.2. Consideraciones Generales

Se dispondrá de un programa específico de Farmacovigilancia que permita la detección de las RAM producidas en los pacientes dependientes del Establecimiento Asistencial.

Se necesitará el apoyo de un Centro de Información de Medicamentos que permita el estudio y la evaluación de las RAM detectadas.

Se dispondrá de un sistema de comunicación con los Centros de Farmacovigilancia pudiendo hacerse esta comunicación en forma directa.

A.7.3. Requisitos Mínimos

Se dispondrá de los recursos materiales y humanos suficientes para establecer un programa específico de Farmacovigilancia dentro del Establecimiento Asistencial.

Se recomienda disponer de un sistema informático como soporte para desarrollar el programa de Farmacovigilancia.

A.7.4. Productos

— RAM detectadas

— RAM notificadas al centro de referencias

— Falta de efectividad detectada

— Falta de efectividad notificada

— Seguimiento por paciente en farmacovigilancia intensiva.

A.7.5. Indicadores de Gestión

A.7.5.1. Indicadores de actividad

— Número de RAM detectadas

— Número de RAM comunicadas al Centro de referencia.

— Número de RAM por falta de efectividad

— Relación RAM comunicadas/total de pacientes atendidos en el área de estudio.

— Número de pacientes en programas de farmacovigilancia intensiva.

A.8. AREA DE RADIOFARMACIA

De acuerdo a normativas pertinentes.

A.9. AREA DE ESTERILIZACION

De acuerdo a lo establecido en Resolución N: 209

A.10. AREA DOCENCIA E INVESTIGACION

A.10.1 Definición de Area

Area encargada de la capacitación de profesionales farmacéuticos y del personal técnico.

A.10.2. Consideraciones Generales

— Se dispondrá de un programa específico para participar en la enseñanza y entrenamiento de personal auxiliar.

— Planificar áreas de perfeccionamiento, seminarios, coloquios, para actualizar y mejorar la calidad asistencial.

— Se dispondrá de un programa de formación de profesionales; Ej.: Residencias.

— Participar en otros programas docentes del Hospital de los que sus conocimientos sean pertinentes:

— Dirigidos a otros profesionales.

— Dirigidos a personal de enfermería y alumnos.

— Constituirse en área de apoyo a la formación de postgrado de la carrera de farmacia en materias afines.

— Desarrollo de secciones o seminarios internos del Servicio.

— Implementar programas de Investigación aplicada (Ej.: farmacoepidemiología; etc.).

A.10.3 Requisitos Mínimos

Disponer de un Programa de Docencia e Investigación en el Establecimiento Asistencial.

A.10.4 Productos

— Programas de Residencias en Farmacia Hospitalaria.

— Programas de Formación de Auxiliares.

— Programas de Educación del Paciente.

— Programas de capacitación al Personal Sanitario.

— Programas de Seminarios internos del Servicio.

A.10.5. Indicadores de Actividad:

— Número de Ateneos internos.

— Número de Cursos desarrollados anualmente.

— Número de Participación del Servicio en Cursos Externos.

— Número de Publicaciones Científicas.

— Número de Presencias en Eventos (Jornadas, Congresos).

A.11. AREA DE URGENCIA FARMACEUTICA:

— De acuerdo a la estructura organizacional de cada Establecimiento Asistencial

B) RECURSOS HUMANOS

Los Servicios de Farmacia de los Establecimientos Asistenciales públicos y privados tendrán que disponer de recursos humanos para poder desarrollar las actividades propias del Servicio. Habrá un farmacéutico, Jefe del Servicio, legalmente autorizado, que será el responsable y que dispondrá de capacitación debidamente certificada en Farmacia Hospitalaria.

Criterios:

El Servicio dependerá de la Dirección Médica de la Institución y estará integrado funcional y jerárquicamente a la estructura del Establecimiento Asistencial.

El Servicio dispondrá de una organización jerarquizada que estará bajo la responsabilidad y la dirección de un farmacéutico, jefe del Servicio.

Todo el personal farmacéutico del Servicio dispondrá de formación específica y especializada dentro del campo de la Farmacia Hospitalaria.

Como requisito mínimo todo el Servicio contará, además del jefe de Servicio, con otro farmacéutico con experiencia, en farmacia hospitalaria.

El número total de farmacéuticos estará en relación con el volumen de actividad asistencial del Servicio de Farmacia, número de pacientes asistidos, áreas desarrolladas y categorización del Establecimiento Asistencial.

Para garantizar el buen funcionamiento del Servicio, además del personal farmacéutico, éste estará dotado de personal auxiliar del farmacéutico, en un número suficiente y en función de las necesidades del Servicio.

Si la estructura del Establecimiento Asistencial lo requiere se dispondrá de áreas descentralizadas de farmacia a cargo del farmacéutico y con el soporte del personal correspondiente.

Todo el personal conocerá su lugar de trabajo, las tareas que desarrollará y también sus responsabilidades debiendo existir manuales de procedimiento detallados.

La presencia física farmacéutica será garantizada todo el tiempo que permanezca abierto el Servicio de Farmacia del Establecimiento Asistencial.

	NIVEL	I	II	III
PROF. FARMACEUTICO	JEFE SERVICIO	SI	SI	SI
PROF. FARMACEUTICO	SUB JEFE SERVICIO	(1)	SI	SI
PROF. FARMACEUTICO	FARMACEUTICOS DE PLANTA	SI	SI	SI
AUXILIARES DEL FARMACEUTICO		SI	SI	SI
PERSONAL DE MAESTRANZA Y LIMPIEZA		SI	SI	SI

(1).- Las condiciones mínimas que se requiere en el NIVEL I, en lo que respecta a profesionales es la presencia de un farmacéutico Jefe de Servicio y luego la presencia de otro profesional farmacéutico (Residente, becario, pasante, etc.)

Los indicadores de actividad de cada área marcarán las horas farmacéuticas correspondientes al número de profesionales necesarios para todo el Servicio.

Las horas de Auxiliares del Farmacéutico correspondiente a cada área estarán en función de las actividades farmacéuticas que se desarrollen.

C) RECURSOS FISICOS

C.1. PLANTA FISICA

INTRODUCCION

OBJETIVO

El objetivo del Servicio de Farmacia del Establecimiento Asistencial será disponer de un diseño funcional de manera que, por su ubicación, superficie, instalaciones, comunicaciones, equipamiento; etc., puede conseguir unos niveles óptimos de actividad funcional.

Criterios:

— Localización:

- Tendrá fácil comunicación con las unidades de internación, otros servicios y para pacientes de programas especiales.

- Tendrá ubicación interna y de fácil acceso desde el exterior del Establecimiento Asistencial hasta el Servicio de Farmacia.
- La vía de acceso al Servicio será diferente a la de las vías sucias del Establecimiento asistencial.

— Distribución de superficie:

- Su superficie estará en función del número de pacientes asistidos, de la complejidad del Establecimiento Asistencial y del desarrollo prestacional de la asistencia farmacéutica.
- Todas las áreas del Servicio tendrán que formar un conjunto o unidad funcional.
- Conviene que sus dependencias no estén muy lejanas, a excepción de las farmacias físicamente descentralizadas, dependientes de la farmacia central (farmacias satélites).

En las diferentes Areas de los Servicios Farmacéuticos en Instituciones Asistenciales, se deberá observar el cumplimiento de:

- El tipo de material de paredes lavables y pisos antideslizantes.
- La circulación de personas, elementos, equipos.
- Instalaciones de gas, agua, aire filtrado, vacío, red eléctrica, comunicación y regulación de la temperatura adecuada.
- Protecciones de Seguridad para operadores y medio físico.
- Instalaciones sanitarias para el personal.
- Mesadas de acero inoxidable.
- Si hay atención a pacientes de programas especiales, el sitio adecuado para atenderlos.
- Si hay guardia permanente, espacio y condiciones ambientales para que la misma se realice.

C.1.1 AREA DE GESTION

C.1.1.1. Definición de Area Gestión

Corresponde al área en que se realizan los procedimientos básicos para la gestión de adquisiciones.

C.1.1.2. Consideraciones Generales

Se dispondrá de una zona que permita realizar las tareas administrativas del Servicio.

La entrada de insumos será independiente del resto de accesos al Servicio.

El área de recepción de insumos estará diferenciada de la del almacenamiento.

La superficie del depósito estará condicionada por la complejidad, la cantidad de pacientes, la frecuencia de pedidos, la situación geográfica y si, además, se dispensa material sanitario.

El depósito dispondrá de un sistema regulador de la temperatura ambiente para Garantizar la conservación de los fármacos.

Los productos almacenados (material sanitario, drogas, especialidades farmacéuticas; etc.), estarán separados y debidamente clasificados.

La zona de depósito de medicación tendrá que estar directamente comunicada con la zona de DISPENSACION.

Habrá un lugar donde se garantizarán las condiciones de seguridad de los productos inflamables.

Habrá un lugar donde se garantizarán las condiciones de seguridad para el almacenamiento de sustancias y especialidades estupefacientes y psicotrópicos.

Habrá un lugar donde se garantizarán las condiciones de temperatura para conservar los medicamentos termolábiles.

Se dispondrá de un lugar específico para almacenar los medicamentos objeto de ensayos clínicos.

C.1.1.3 Requisitos Mínimos

Depósito de medicamentos

Depósito de inflamables

Depósito de material sanitario

Sector para tareas administrativas

C.1.2. AREA DE DISPENSACION

C.1.2.1. Definición del Area

Es el área que atiende la demanda asistencial de medicamentos generados por: pacientes internados y bajo control del Establecimiento Asistencial y pacientes que no generan internación, bajo Programa.

C. 1.2.2. Consideraciones Generales

Habrá una oficina para el Jefe de Servicio, con una superficie que permita desarrollar las tareas de organización del mismo.

Se recomienda además, una sala de reunión para los profesionales farmacéuticos del Servicio.

El área de dispensación dispondrá de una zona de recepción de recetas, otra de preparación y otra para el almacenamiento de los medios de traslado de medicamentos.

En todo Establecimiento Asistencial en que se dispensen medicamentos a pacientes ambulatorios bajo Programas Especiales, se tendrá que disponer de un área diferente a la dispensación para su atención.

C.1.2.3 Requisitos Mínimos

Area dispensación a pacientes ambulatorios bajo Programas Especiales.

Area dispensación a pacientes internados.

Despacho de Jefe de Servicio.

Sala de reunión de farmacéuticos.

C.1.3 AREA DE ELABORACION Y REENVASADO EN DOSIS UNITARIAS

C.1.3.1 Definición de Area

Es el área que permite adecuar los principios activos y medicamentos para la administración directa al paciente.

C.1.3.2 Consideraciones Generales

C. 1.3.2.1. Laboratorio:

La estructura del laboratorio de Farmacia, deberá permitir el desarrollo de tareas de elaboración de fórmulas magistrales y normalizadas.

Las áreas de elaboración de medicamentos tendrán que estar diferenciadas, en caso que lo requieran las formulaciones.

Se dispondrá de puntos de gas, de agua, de luz y del mobiliario necesario y salida de gases tóxicos al exterior.

C. 1.3.2.2. Area de reenvasado:

Aquellos hospitales que desarrollen tareas de reenvasado de medicamentos, dispondrán de una zona diferenciada.

C.1.3.2.3. Area estéril:

Los Servicios que elaboren preparados estériles tendrán que hacerlo en una zona que garantice las condiciones de esterilidad.

En el caso de que se elaboren mezclas intravenosas (MIV) o de nutrición parenteral esta zona estará debidamente sellada, el aire de entrada será filtrado (por filtros HEPA), y con presión positiva/negativa.

Se dispondrá de una zona de vestuario en la entrada.

En el lugar visible habrá información escrita de las condiciones de acceso al área.

En el caso de manipulación de medicamentos citostáticos, se tendrá que disponer de un área específica para tal finalidad.

C.1.3.3 Requisitos Mínimos

Laboratorio

Area estéril

Area de reenvasado

C.1.4. AREA DE INFORMACION DEL MEDICAMENTO

C.1.4.1. Definición de Area

Se define como la unidad funcional estructurada bajo la dirección de un Farmacéutico de Hospital, destinada a proporcionar información sobre medicamentos y analizar y evaluar su utilización de forma objetiva en tiempo útil, haciendo uso óptimo de las fuentes de información necesarias.

C.1.4.2. Requisitos Mínimos

El Centro de Información del Medicamento (CIM) dispondrá, como mínimo, de una superficie dedicada a biblioteca.

C.1.5. AREA FARMACOCINETICA

C.1.5.1. Definición de Area

Area diferenciada donde se procesan las muestras.

C.1.5.2. Requisitos Mínimos

Laboratorio.

C.1.6. AREA DE TOXICIDAD DE FARMACOS

C.1.6.1. Definición de Area

Comparte área con el C.I.M. y área de farmacocinética

C.1.7. AREA FARMACOVIGILANCIA

C.1.7.1. Definición de Area

Comparte área con el C.I.M.

C.1.8. AREA RADIOFARMACIA

De acuerdo a normativas pertinentes.

C.1.9. AREA ESTERILIZACION

De acuerdo a lo establecido en la Resolución Nº:209

C.1.10. AREA DOCENCIA E INVESTIGACION

C.1.10.1. Definición de Area

Se tomará como área de docencia todas y cada una de las áreas que forman parte del servicio llevándose a cabo sesiones y desarrollo de contenidos teóricos en sala de reuniones.

C.1.10.2. Requisitos Mínimos

Aula destinada a ateneos y sesiones teóricas

Otras áreas:

Los SFH podrán disponer de otras dependencias, como son, por ejemplo: sala de reuniones, aulas, sector para farmacéuticos de asistencia a urgencias; estar para el personal auxiliar, etc., en función de las necesidades concretas.

D) EQUIPAMIENTO, INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO

OBJETIVOS:

Se dispondrá del equipamiento necesario para garantizar una práctica farmacéutica correcta.

Criterios:

Se establecerá una dotación mínima de equipamiento según las áreas de trabajo.

D.1. AREA DE GESTION

El Servicio de Farmacia dispondrá de soporte informático para su gestión de trabajo, archivos activos, mobiliario adecuado.

Depósito:

Los productos termolábiles tendrán que ser almacenados en ambientes refrigerados. Se recomienda con registrador gráfico de temperatura.

Se dispondrá de un armario de seguridad para almacenar las sustancias y especialidades estupefacientes, las sustancias y especialidades psicotrópicas.

Se dispondrá de sistemas para el transporte de los medicamentos a los enfermos.

El depósito de inflamables dispondrá de los medios necesarios para un funcionamiento correcto. (Según normas de seguridad).

D.2. AREA DISPENSACION

Se dispondrá del equipamiento necesario para garantizar una práctica farmacéutica correcta y se corresponderá de acuerdo a las prestaciones que se realicen.

Mobiliario de la Farmacia acorde a las tareas que desarrolla

Mesadas

Carros de Distribución de Medicamentos.

Computadoras

Mobiliario para bultos cerrados

Mobiliario para dosis fraccionadas

Heladeras conectadas a grupos electrógenos del establecimiento

D.3. AREA ELABORACION Y REENVASADO

D.3.1. Area elaboración y Análisis

El área de elaboración dispondrá de materiales y equipamiento acordes a la producción para cumplir con las Buenas Prácticas de Manufactura (GMP)

D.3.2. Reenvasado en dosis unitarias

En el área de reenvasado se recomienda disponer del siguiente material:

- Dosificador de líquidos.
- Envasador de sólidos vía oral.
- Envasador de líquidos.
- Etiquetador o PC con impresora.

D.3.3. A rea estéril:

D.3.3.1. M.I.V. El área estéril (para MIV y nutriciones) dispondrá del material siguiente:

- Campana de flujo laminar.
- Equipo de filtración.
- Visualizador de partículas.
- Material descartable.
- Acondicionador y filtros de aire.
- Se recomienda tener sistema informático.

D.3.3.2. Medicamentos Citostáticos.

El área estéril para citostáticos dispondrá del material siguiente:

- Campana de flujo laminar vertical clase II.
- Material descartable de un solo uso.
- Equipos de protección para el manipulador.
- Bolsas o contenedores para residuos tóxicos.
- Se recomienda tener sistema informático.

D.4. CENTRO DE INFORMACION DE MEDICAMENTOS

Bibliografía específica.

Sistema informático.

Archivos Activos.

D.5. AREA DE FARMACOCINETICA

Procesador de Muestras:

Material Descartable.

Material de Vidrio.

D.6. AREA DE TOXICIDAD DE FARMACOS

Comparte equipamiento con el CIM y área de Farmacocinética.

D.7. AREA FARMACOVIGILANCIA

Sistema informático comparte área y equipamiento con CIM.

D.8. AREA RADIOFARMACIA

De acuerdo a normativas pertinentes.

D.9. AREA ESTERILIZACION

De acuerdo a lo establecido en Resolución Nº:209/96.

D.10. AREA DOCENCIA E INVESTIGACION

Material pedagógico y didáctico que garantice el desarrollo de las tareas docentes.

De acuerdo con el desarrollo del servicio se podrá incorporar más equipamiento para cumplir con las Buenas Prácticas de Atención Farmacéutica.

GLOSARIO

Alternativas farmacéuticas: medicamentos que contienen el mismo principio activo o su precursor, aunque no necesariamente en la misma cantidad, forma de dosificación o la misma sal o éster.

Atención Farmacéutica: área de conocimiento y de práctica profesional que abarca todo el proceso de suministro de medicamentos y dispositivos médicos y el proceso asistencial, teniendo como objetivo garantizar la buena atención del paciente, con equidad, accesibilidad, eficiencia, efectividad y control costo, con resultados medibles y con impacto en salud y calidad de vida.

Beneficio/riesgo, relación: proporción entre los beneficios y los riesgos que presenta el empleo de un medicamento: sirve para expresar un juicio sobre la función del medicamento en la práctica médica, basado en datos sobre su eficacia y su inocuidad y en consideraciones sobre su posible uso abusivo, la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, etc.... El concepto puede aplicarse a un solo medicamento o a las comparaciones entre dos o más medicamentos empleados para una misma indicación.

Biodisponibilidad: tasa y grado de absorción de una droga a partir de una forma de dosis como se determina por su curva concentración/ tiempo en la circulación sistémica por su excreción en orina.

Bioequivalencia: condición que se da entre dos productos farmacéuticos que son equivalentes farmacéuticos y que muestran una misma o similar biodisponibilidad según una serie de criterios.

Categoría farmacológica: clasificación de los medicamentos de acuerdo a su actividad farmacológica.

Categoría terapéutica: clasificación de los medicamentos de acuerdo con su uso en la terapéutica.

Clasificación ABC: Es un sencillo método de gestión por excepción, que pone acento en los artículos más importantes o costosos del inventario del Servicio de Farmacia.

En el siguiente ejemplo, la columna 1(categoría), muestra la clasificación, la columna 2 (% de artículos) el porcentaje de artículos almacenados que entran dentro de la clase considerada; la columna 3 muestra el valor monetario en porcentajes.

CATEGORIA	% DE ARTICULOS	% IMPORTE ANUAL
A	10 - 15	70 - 80
B	20 - 40	10 - 30
C	50 - 70	3 - 10

- Así, el 10 - 15% de los artículos almacenados representan normalmente el 70 - 80% del valor y el 50 - 70% de los artículos (los de poco valor) representan sólo el 3 - 10% del valor total de las existencias.
- Los artículos más costosos (A) demandan mayor control y un examen más cuidadoso, mientras los menos costosos exigen menor vigilancia.

Comité de Terapéutica / Comité de Farmacia y Terapéutica: grupo a nivel institucional de profesionales de la salud, cuya tarea principal consiste en la selección de medicamentos y el establecimiento de normas terapéuticas a ser empleadas por la institución. Este comité está compuesto generalmente por médicos especialistas y farmacéuticos. Participa Enfermería.

"Complejidad del Case Mix": se refiere a un conjunto interrelacionado pero bien diferenciado de atributos de los pacientes que incluyen la gravedad de la enfermedad, su pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos.

Desde el punto de vista médico, la complejidad del "case-mix" hace referencia a la situación de los pacientes tratados y a la dificultad del tratamiento asociada a la asistencia médica.

Desde el punto de vista de la Administración Sanitaria, el concepto refleja la demanda de consumo de recursos que el paciente hace a una institución.

Costo/beneficio, relación o razón: proporción entre los costos y los beneficios, medido en valor monetario, que presenta el empleo de un medicamento.

Costo/efectividad: relación entre costo, medido en valor monetario y efectividad medida en términos de indicadores específicos de desempeño. Una práctica costo-efectiva significa que la efectividad parece justificar el costo.

Dispensación: es el acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente, generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto, el farmacéutico informa y orienta al paciente, enfermera o médico, sobre el uso adecuado de dicho medicamento. Son elementos importantes de esta orientación, entre otros, el énfasis en el cumplimiento del régimen de dosificación, la influencia de los alimentos, la interacción con otros medicamentos, el reconocimiento de reacciones adversas potenciales y las condiciones de conservación del producto.

Dispositivos médicos (material descartable): artículo, instrumento, aparato o artefacto, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, fabricados, vendidos o representados para uso en: 1) El diagnóstico, tratamiento, mitigación o prevención de una enfermedad, desorden o estado físico anormal o sus síntomas, en un ser humano o en un animal; 2) la restauración, corrección o modificación de una función fisiológica o estructura corporal en un ser humano o en un animal; 3) El diagnóstico del embarazo en un ser humano o en un animal; 4) El cuidado de seres humanos o de animales durante el embarazo o el nacimiento o después del mismo incluyendo el cuidado del vástago.

Dosificación/ posología: describe la dosis de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento. No debe confundirse con el término dosis.

Dosificación, régimen de: se define como la magnitud de las dosis administradas de un medicamento, el número de ellas y por los intervalos de administración.

Dosis: cantidad total de medicamento que se administra de una sola vez o total de las cantidades fraccionarias administradas durante un período determinado.

Dosis, intervalo de dosis: tiempo que transcurre entre una y otra administración de medicamentos en un régimen de dosificación de dosis múltiples.

Dosis Diaria definida: unidad técnica de medida arbitrariamente asignada a un medicamento para fines de estudios comparativos de utilización. La unidad representa la cantidad promedio utilizada por día para la indicación principal del medicamento. Por ejemplo, la dosis diaria definida (DDD) para la ampicilina es 2 g. Esta metodología fue desarrollada para los países nórdicos y ha sido recomendada por la OMS/ Oficina Regional para Estudios de Utilización de Medicamentos de Europa. Se expresa como DDD/1000 habitantes/día o como DDD/100 días cama (estudios en hospitales).

Droga: Es toda sustancia simple o compuesta, natural o sintética, que puede emplearse en la elaboración de medicamentos, medios de diagnóstico, productos dietéticos, higiénicos, cosméticos u otra forma que pueda modificar la salud de los seres vivientes.(FA VI Ed.)

Eficacia: es la capacidad de una droga para producir el efecto propuesto que se ha determinado por el método científico.

Epidemiología: es la ciencia que investiga las causas y la historia de las enfermedades y cómo ellas se desarrollan en la presencia o ausencia de intervenciones o contactos generales o específicas. Los estudios epidemiológicos pueden ser descriptivos (recolección de datos sobre estadísticas en salud), analíticos (investigación de una relación causa efecto) y, hasta cierto grado, experimental (medición del efecto en una población predefinida de una intervención activa).

Especialidad farmacéutica o medicinal: es todo medicamento de fórmula declarada, acción terapéutica comprobable y forma farmacéutica estable; envasado uniformemente y distinguido con un nombre convencional. A diferencia de los otros medicamentos, no puede prepararse en la farmacia inmediatamente después de prescripto; representa una novedad o una ventaja en su acción terapéutica o en su forma de administración y su expendio está sujeto a la autorización previa de la Secretaría de Salud Pública de la Nación (FA VI Ed.).

Establecimiento asistencial: Establecimiento con internación ya sean públicos o privados.

Excipiente: cualquier componente de un medicamento, distinto de aquellos que se consideren ingredientes terapéuticos.

Farmacia clínica: actividad farmacéutica profesional orientada a la atención del paciente. En el equipo de salud, la función clínica del farmacéutico es la de asesorar en diversos aspectos de la farmacoterapia, tales como: El establecimiento de los regímenes de dosificación, la prevención y detección de interacciones y reacciones adversas a medicamentos, la provisión de información sobre medicamentos al resto del equipo de salud y al paciente para su uso correcto y, entre otras más, en farmacovigilancia. La actividad del farmacéutico clínico puede desarrollarse tanto en el hospital como en la oficina de farmacia para pacientes ambulatorios.

Farmacia hospitalaria: es una especialidad farmacéutica que se ocupa de servir a la población en sus necesidades farmacéuticas, a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y costo-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el establecimiento asistencial.

Farmacia Satélite: descentralización física de algún sector de la farmacia central del Establecimiento Asistencial. Responde orgánicamente a la jefatura del servicio central.

Farmacocinética: estudio de la cinética de los procesos de absorción, distribución, biotransformación y excreción de los medicamentos y sus metabolitos. Incluye, con frecuencia, el estudio del curso temporal de la acción de los medicamentos y su relación con la concentración del medicamento en los tejidos corporales.

Farmacocinética clínica: aplicación de los principios farmacocinéticos al manejo seguro y efectivo de los medicamentos, particularmente en lo relacionado a su selección y al diseño de los regímenes de dosificación.

Farmacodinamia: estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los medicamentos y de sus mecanismos de acción.

Farmacovigilancia: identificación y valoración de los efectos del uso, agudo y crónico, de los tratamientos farmacológicos en el conjunto de la población o en subgrupos de pacientes expuestos a tratamientos específicos. Se ha sugerido que, en un sentido estricto, se debe distinguir entre monitorización y farmacovigilancia.

Forma farmacéutica: es la forma del producto farmacéutico completo. Por ejemplo: tableta, cápsula, supositorio)

Formulación de un medicamento: es la composición de una forma farmacéutica, que incluye las características de sus materiales no elaborados y las operaciones requeridas para procesarlos.

Formulario de medicamentos: documento que reúne los medicamentos y productos medicamentosos que han sido seleccionados para ser utilizados en un sistema determinado de atención sanitaria. El concepto de formulario puede referirse al sistema de formulario. El mismo opera a través de un Comité de Farmacia y Terapéutica para elaborar y actualizar la lista de medicamentos, vigilar la utilización y promover el uso apropiado de los mismos.

GFH: grupo funcional homogéneo.

GRDs: Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un Establecimiento Asistencial (es decir, su casuística), con el costo que representa su asistencia. Sistema de clasificación de pacientes formado por grupos de pacientes similares, tanto en términos clínicos como de consumo de recursos hospitalarios.

Iatrogenia: un estado anormal o condición que resulta de la actividad del médico o de otro personal autorizado. En algunos países el término conlleva una connotación legal al referirse a la Iatrogenia como situación resultante de un "tratamiento inadvertido o erróneo".

Implantar: establecer y poner en ejecución nuevas doctrinas, instituciones, prácticas y costumbres.

Implementar: poner en funcionamiento, aplicar métodos, medidas, etc... para llevar algo a cabo.

Indice de Case Mix: Intenta cuantificar el tipo, variedad, y volumen de pacientes tratados en un hospital. Uno de los índices de "case-mix" más utilizados en la actualidad son los G.R.D.

Insumo Farmacéutico: dispositivos biomédicos, material descartable, medios de Diagnóstico in vitro.

Interacción medicamentosa: influencia que tiene un medicamento, alimento u otra sustancia sobre el comportamiento o la eficacia de otro medicamento, cuando ambos son administrados simultáneamente.

Medicamento: Es toda droga o preparación efectuada con drogas que por su forma farmacéutica y dosis puede destinarse a la curación, alivio, a la prevención o al diagnóstico de las enfermedades de los seres vivientes (FA VI Ed.).

Medicamento, uso racional de: para un uso racional es preciso que se recete el medicamento apropiado, que se disponga de este oportunamente y a un precio asequible, que se despache en las condiciones debidas y que se tome en las dosis indicadas y a los intervalos y durante el tiempo prescrito. El medicamento prescrito ha de ser eficaz y de calidad e inocuidad aceptadas.

Medicación, utilización de: comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes. Recientemente se ha sugerido incluir dentro del concepto de utilización, los procesos de desarrollo de medicamentos.

Medicamento genérico: medicamento que se distribuye o expende rotulado con el nombre común del principio activo, o sea sin ser identificado por una marca de fábrica o marca comercial.

Medicamentos esenciales: dícese de aquellos medicamentos que son básicos, de la mayor importancia, indispensables y necesarios para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayor parte de la población. El concepto de medicamentos esenciales fue propuesto por la OMS con el fin de optimizar los recursos financieros limitados de un sistema de salud y el conjunto de ellos fue denominado originalmente Lista de Medicamentos Esenciales. La inclusión de un medicamento en la lista mencionada refleja, por lo tanto, un orden de prioridades y la exclusión de uno de ellos no implica un rechazo general de su uso.

Medicamentos huérfanos: dícese de aquellos principios activos potenciales en los cuales no existe un interés de parte de los laboratorios productores para su desarrollo como medicamentos, ya que dicho desarrollo no presenta incentivo económico, a pesar de que pueden satisfacer necesidades de salud.

Medicamento de uso compasivo: uso de un medicamento o especialidad medicinal en indicaciones no autorizadas para ese uso terapéutico.

Nombre genérico: nombre empleado para distinguir un principio activo que no está amparado por una marca de fábrica. Es usado comunmente por diversos fabricantes y reconocido por la autoridad competente para denominar productos farmacéuticos que contienen el mismo principio activo. El nombre genérico se corresponde generalmente con la Denominación Común Internacional recomendada por la OMS.

Preparación magistral: medicamento preparado por el farmacéutico como respuesta inmediata a una receta o a solicitud de un paciente, el cual requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad.

Preparación oficinal: preparación farmacéutica que responde a una formulación descripta en una farmacopea o en cualquier otro texto oficial.

Prescripción: El acto de expresar qué medicamento debe recibir el paciente, la dosificación correcta y duración del tratamiento. En el caso de pacientes ambulatorios, el acto de prescripción se traduce en la elaboración de una receta médica; en los pacientes hospitalizados, la prescripción es consignada en la historia clínica.

Reacción adversa al medicamento: 1) reacción nociva o no intencionada y que ocurre en dosis usuales empleadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades o para modificar las funciones fisiológicas. 2) Evento clínico adverso atribuido al uso de un medicamento.

Relación riesgo/beneficio: esta relación aplicada al uso de una droga significa un juicio expreso concerniente al rol de la droga en la práctica médica, basado en los datos de eficacia y en la seguridad además del potencial de su uso indebido, la severidad y la prognosis de la enfermedad, etc....El concepto puede ser aplicado a una sola droga o en comparaciones entre dos o más drogas usadas en la misma condición.

Utilización de una droga: es el marketing, la distribución, la prescripción y el uso de las drogas en una sociedad, con énfasis especial en sus consecuencias con respecto al uso médico, social y económico.

Vencimiento, fecha de / fecha de expiración / fecha de caducidad: 1) la fecha colocada en el empaque inmediato de un producto medicamentoso, el cual designa la fecha hasta la cual se espera que el producto satisfaga las especificaciones. Esta fecha se establece para cada lote, mediante la adición del período de vida útil a la fecha de fabricación

2) Fecha proporcionada por el fabricante de una manera no codificada, que se basa en la estabilidad del producto farmacéutico y después de la cual el mismo no debe usarse.

Vida útil: El intervalo de tiempo durante el cual se espera que un producto medicamentoso, si se almacena correctamente, satisfaga las especificaciones establecidas. La vida útil se determina a través de estudios de estabilidad efectuados sobre un número limitado de lotes del producto y se emplea para establecer sus fechas de expiración.

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 643/2000

Apruébase la Norma de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos, incorporándose la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Bs. As., 8/8/2000

VISTO el Expediente Nº 1-2002-12939-99-1 del Registro del ex Ministerio de Salud y Acción Social, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privado; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patología y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de ASOCIACION ARGENTINA DE ONCOLOGIA CLINICA; FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIOLOGIA; ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS; FEDERACION ARGENTINA DE ENFERMERIA; ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA; ASOCIACION MEDICA ARGENTINA; SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA; ASOCIACION DE PSICOLOGOS DE BUENOS AIRES; ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (PALLIUM).

Que la DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DE SERVICIOS ha prestado su consentimiento a la Guía o Norma antedicha.

Que la SUBSECRETARIA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD, COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello:

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébase la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º — Incorpórase la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS que se aprueba en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 3º — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa la citada norma, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2º precedente.

Art. 4º — La norma que se aprueba por la presente Resolución podrá ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observadas entrarán en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 5º — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente norma para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 6º — Agradecer a las entidades participantes ASOCIACION ARGENTINA DE ONCOLOGIA CLINICA; FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIOLOGIA; ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS; FEDERACION ARGENTINA DE ENFERMERIA; ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA; ASOCIACION MEDICA ARGENTINA; SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA; ASOCIACION DE PSICOLOGOS DE BUENOS AIRES y ENTIDADES NO GUBERNAMENTALES (PALLIUM) por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 7º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Héctor J. Lombardo.

ANEXO

Norma de organización y
Funcionamiento en
Cuidados Paliativos

INDICE

NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN
CUIDADOS PALIATIVOS.

1. INTRODUCCION.

Definición de Area Asistencial.

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra, 1990 define:

"El Cuidado Paliativo es la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo". Sus conceptos son aplicables desde etapas precoces de la evolución de la enfermedad.

El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicos, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, etc., potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa.

Comprende el conjunto de acciones médicas, de enfermería, psicológicas, sociales, espirituales, entre otros, que mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, progresiva (a pesar de los tratamientos instituidos), incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, y entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes, sus familias y su entorno afectivo, a los que llamaremos de aquí en adelante Unidad de Tratamiento

Un adecuado abordaje de estas situaciones implica un enfoque interdisciplinario, en el cual además del las disciplinas mencionados anteriormente, son importantes también farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y otros agentes de salud.

Este concepto asistencial es aplicable a enfermos niños, adolescentes, adultos y ancianos.

2. MARCO REFERENCIAL

Las presentes normas considerarán las disposiciones vigentes que orientan y regulan la administración y funcionamientos de los establecimientos de atención de la salud, a saber:

— Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución de la Secretaría de Salud 432/1992. Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social 149/1993.

— Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales con internación. Anexo de la resolución Nº 282/1994.

— Ley del Ejercicio de la Enfermería Nº 24004/1991. Decreto reglamentario 2497/93.

— Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología Nº 23277/1985. Reglamentada por el decreto Nº 905/1995.

— Ley del Ejercicio Profesional Nº 17132/1968

— Ley del Ejercicio de la Profesión del Servicio Social o Trabajo Social Nº 23377. Reglamentado por el decreto Nº 1568/1988.

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Desde 1982 la OMS organizó e implementó un proyecto de alivio de dolor por cáncer y Cuidados Paliativos que demostró su eficacia para la mayoría de los pacientes con cáncer en muchos países con diferentes sistemas de asistencia sanitaria.

En 1990 en su informe 804, destaca como objetivos de los Cuidados Paliativos

• Reafirmar la importancia de la vida, aún en la etapa terminal.

• Establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga artificialmente.

Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiantes.

• Integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

• Facilitar que el enfermo lleve una vida tan activa como sea posible.

• Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo.

Para el logro de estos objetivos propugna, en 1996, una estrategia cuyos componentes básicos son:

• Políticas nacionales o estatales favorables al alivio del dolor del cáncer mediante apoyo oficial a las actividades de educación y disponibilidad de fármacos;

• Programas educativos dirigidos al público, al personal de salud, a las autoridades de reglamentación, etc.;

• Reforma de leyes y reglamentos para mejorar la disponibilidad de fármacos, especialmente de analgésicos opioides;

• Mejora de la prescripción, la distribución, el despacho y la administración de medicamentos;

• Políticas de gobierno: normas nacionales o estatales que destaquen la necesidad de aliviar el dolor crónico en el cáncer, y promover e implementar los Cuidados Paliativos.

Las medidas para llevarlo a cabo deben incluir:

• La implementación de recursos específicos,

• La mejora de la atención en los recursos ya existentes (atención primaria, Hospitales generales y Centros de larga estancia),

• La formación de profesionales y,

• La educación de la sociedad y su participación a través del voluntariado.

3. OBJETIVOS GENERALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

1. Detección y evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales de las personas con enfermedad avanzada, progresiva a pesar de los tratamientos instituidos, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

2. Promoción e implementación de estrategias interdisciplinarias de cuidado del paciente y su familia destinados a proporcionar bienestar y calidad de vida hasta el final de la vida.

3. Establecimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos destinados a brindar alivio del dolor y/o cualquier otro síntoma que produzca sufrimiento al paciente.

4. Implementación de planes para el adecuado acompañamiento y apoyo emocional del paciente y su familia, durante el curso de la etapa paliativa de la enfermedad.

5. Disponibilidad de ámbitos o sistemas de soporte para brindar seguimiento de duelo a la familia y/o entorno significativo que lo requiera luego de la muerte del paciente.

6. Promoción de sistemas de detección y prevención de secuelas en la familia y/o en el entorno significativo.

7. Organización y ejecución de medidas de prevención de síntomas de agotamiento en los cuidadores profesionales o no profesionales.

8. Promoción de conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y familia.

9. Organización de estrategias de tratamiento para los equipos asistenciales ante la presencia de síntomas de agotamiento en sus miembros.

4. CATEGORIZACION POR NIVELES SEGUN RIESGO DEL PACIENTE.

En Cuidados Paliativos el ingreso de los pacientes los distintos niveles de atención se realizarán en función de las necesidades de la Unidad de Tratamiento. Esta no requiere pasar obligatoriamente por los niveles de menor desarrollo para ser asistido en los niveles superiores.

En Cuidados Paliativos el nivel de riesgo está basado en el grado de sufrimiento o de deterioro de la calidad de vida en relación a la patología padecida y no a la probabilidad de morir. Se considera la muerte como un evento natural de la vida y esperable dada la evolución de la enfermedad.

La complejidad clínica o el nivel de riesgo de un paciente y su familia o entorno afectivo puede cambiar notablemente en los distintos momentos evolutivos de la enfermedad, determinando la necesidad de atenderse en distintos niveles de riesgo. La flexibilidad del sistema debe favorecer la resolución de los problemas, necesidades y la provisión de cuidados adaptados a esos distintos niveles de riesgo.

El mayor riesgo de un paciente o de su familia, en cualquiera de las áreas (física, psicológica, social o espiritual) hace que esté recomendado un determinado nivel aunque en las otras el nivel sea menor. Ej. un paciente con síntomas físicos controlables en el nivel 1 pero con signos de claudicación familiar o depresión con ideas de suicidio deberá ser atendido en un nivel 2 ó 3.

Cada nivel tiene límites máximos de atención. Los niveles superiores incluyen siempre lo que se puede resolver en el nivel inmediato inferior.

La continuidad de cuidados se debe promover con una fácil transferencia de un nivel a otro, disponiendo de mecanismos de referencia y contra-referencia explícitos. El objetivo es que los distintos niveles de atención funcionen en red, con una buena comunicación entre los mismos.

NIVEL I

Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y/o espirituales con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, pero controlables con los recursos disponibles en dicho nivel.

Objetivos Específicos:

1. Promoción de bienestar y calidad de vida del paciente, su familia o entorno significativo dentro de las condiciones que la evolución de la enfermedad le permita

2. Detección de necesidades actuales y potenciales de la Unidad de Tratamiento.

3. Control de síntomas físicos que alteren la calidad de vida y prevención de la aparición de complicaciones y/o efectos secundarios de los tratamientos instituidos.

4. Implementación de intervenciones educacionales y terapéuticas en las áreas psicológica y social.

5. Disponibilidad de ámbitos y sistemas de acompañamiento y apoyo espiritual

6. Prevención de duelo patológico.

Funciones Comunes a las distintas áreas:

1. Evaluar grado de sufrimiento físico, psíquico, social y espiritual.

2. Identificar necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y familia o entorno significativo.

3. Implementar medidas o estrategias de tratamiento en las distintas áreas destinadas a aliviar el sufrimiento.

4. Capacitar a la unidad de tratamiento para optimizar su capacidad de cuidado.

5. Prevenir la claudicación familiar.

6. Valorar resultados de los tratamientos instituidos.

7. Detectar indicadores de riesgo de duelo patológico.

8. Coordinar los cuidados entre el equipo interdisciplinario.

9. Brindar asesoramiento y educación a la comunidad sobre aspectos generales de la repercusión de la enfermedad, la muerte y el duelo.

Actividades Comunes a las distintas áreas:

1. Evaluación clínica y con instrumentos del grado de sufrimiento físico, psíquico, social y espiritual.

2. Registro de necesidades y prioridades de la unidad de tratamiento en las áreas necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

3. Intervenciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas destinadas a aliviar el sufrimiento

4. Coordinación de los cuidados entre el equipo interdisciplinario.

5. Realización de reuniones y entrevistas con la unidad de tratamiento para su entrenamiento en los cuidados respectivos.

6. Detección de factores de duelo patológico durante entrevistas diagnósticas o de seguimiento.

7. Utilización de parámetros clínicos e instrumentos de evaluación para monitorear los resultados de las terapéuticas instituidas.

Funciones del Area Médica:

1. Establecer estrategias de intercambio de información con el paciente y la familia que favorezcan la comunicación fluida, abierta, veraz y dosificada, en temas relacionados al diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas.

2. Aliviar el dolor de acuerdo con el método de la escalera analgésica de la OMS.

3. Proveer control de otros síntomas: ej. emesis, síntomas digestivos, respiratorios, etc..

4. Indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas.

5. Evaluar en forma permanente, la eficacia de los tratamientos indicados.

Actividades del Area Médica:

1. Entrevista diagnóstica con el paciente, su familia y/o entorno significativo. Realización de examen físico del paciente. Registro de los datos en la historia clínica.

2. Evaluación de causas, mecanismos, intensidad de síntomas.

3. Indicación de tratamientos de acuerdo a lo anterior.

4. Control de los resultados de los tratamientos indicados.

5. Implementación de medidas de prevención de efectos adversos o indeseados de los tratamientos.

6. Información y capacitación del paciente para preservar y estimular su autocuidado. (higiene, cuidados de la piel y la boca, manejo de sondas, ostomías, medicación, etc.)

7. Capacitación a la familia y/o entorno significativo en tareas de atención del paciente (higiene, cuidados de la piel y la boca, manejo de sondas, ostomías, medicación, etc.)

8. Interconsulta o derivación a otro nivel ante síntomas no controlados.

9. Interconsulta con otras especialidades ante síntomas físicos, psicológicos o sociales no abordables en este nivel.

Funciones del Area de Enfermería.

1. Realizar un diagnóstico de enfermería de las necesidades.

2. Planificar acciones de enfermería según prioridades del paciente.

3. Ejecutar técnicas de cuidados básicos de higiene y confort, alimentación, eliminación, locomoción y rehabilitación.

4. Administrar medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

5. Alentar la participación del enfermo en el proceso de atención estimulando el autocuidado y favoreciendo su autoestima.

6. Crear un ambiente que favorezca la comunicación.

7. Educar y supervisar a la familia y su entorno afectivo sobre aspectos del cuidado general del paciente y administración de tratamiento farmacológico.

8. Prevenir complicaciones y situaciones de riesgo.

9. Evaluar el resultado de los tratamientos implementados.

Actividades del Area de Enfermería:

1. Entrevista con el paciente y su familia con la finalidad de identificar necesidades en las áreas: física, psicológica, social y emocional.

2. Registro de los datos en la Historia Clínica.

3. Evaluación del dolor y otros síntomas utilizando las diferentes escalas, detección de problemas sociales, emocionales, psicológicos y elaboración del diagnóstico de enfermería.

4. Planificación de acciones con el paciente, la familia o el equipo según orden de prioridades de las necesidades observadas o detectadas.

5. Ejecución de técnicas de cuidados básicos de higiene y confort, cuidados de la piel y la boca, alimentación, eliminación, movilización y rehabilitación.

6. Provisión de medidas indicadas para el alivio del dolor y el sufrimiento preservando la dignidad de la persona enferma y favoreciendo su autoestima.

7. Aplicación de medicamentos indicados por vías de administración oral, rectal, subcutánea intermitente, según técnicas y procedimientos específicos, observación de efectos terapéuticos y de efectos adversos.

8. Colocación de agujas y catéteres parenterales SC y/o IV (según indicación médica) para administración de medicación o hidratación y manejo de los mismos; y prevención y detección precoz de eventuales complicaciones.

9. Administración de tratamientos no farmacológicos: curaciones simples, prevención y curación de escaras, administración de enemas, resolución de fecalomas, manejo de sondas, catéteres, ostomías, etc.

10. Información y entrenamiento del paciente para preservar y estimular su autocuidado.

11. Entrenamiento a la familia o entorno en cuidados generales: higiene, cuidados de la piel y la boca, movilización, manejo de sondas, ostomías, catéteres, administración de medicación por las distintas vías.

12. Brindar soporte emocional y acompañamiento adecuado al paciente y la familia en la etapa de agonía.

13. Solicitud y administración de recursos materiales necesarios para la implementación de los cuidados.

14. Evaluación de los resultados de los tratamientos implementados mediante la utilización de escalas numéricas, visuales análogas, o categóricas.

15. Registro de todas las intervenciones o actividades realizadas.

16. Prevención de complicaciones y situaciones de riesgo en el área física.

17. Detección de situaciones de crisis en las áreas psico-social, orientando la consulta o otros profesionales.

Funciones del Area Psicológica:

1. Detectar necesidades, conductas y recursos emocionales adaptativos o no adaptativos del paciente, familia/entorno significativo considerando las distintas etapas evolutivas.

2. Preservar y estimular las funciones de autonomía y autocuidado del paciente y familia, manteniendo la autoestima.

3. Detectar de dificultades en los roles, factores de riesgo y vulnerabilidad psicológicas de la unidad de tratamiento.

4. Favorecer el esclarecimiento de procesos emocionales normales y esperados en estas circunstancias, deseos y temores ante la muerte, duelos normales en cada etapa de la enfermedad.

5. Detectar dificultades actuales o potenciales de comunicación entre paciente/familia/equipo tratante.

6. Realizar diagnóstico diferencial y de niveles de ansiedad, depresión y otros trastornos psíquicos que dificulten la adaptación activa de la Unidad de Tratamiento a la situación de enfermedad.

7. Propiciar el alivio de los aspectos psicológicos del dolor.

8. Contener, prevenir y/o tratar a los familiares durante el proceso de duelo.

9. Contribuir al diagnóstico diferencial entre síntomas psíquicos reactivos y/o derivados de la enfermedad física o sus tratamientos (DSM IV).

10. Diagnosticar trastornos psicológicos que requieran de interconsulta o derivación a otro nivel.

Actividades del Area Psicológica:

1. Realización de entrevistas de diagnóstico psicológico del paciente, familia y/o entorno significativo. Registro de los datos en la historia clínica

2. Programación de entrevistas familiares para favorecer la expresión de emociones y/o mecanismos defensivos normales, por ejemplo: ira, negación, miedo, tristeza, etc.

3. Realización de entrevistas individuales ante la detección de familiar en riesgo.

4. Evaluación de necesidad de interconsulta y/o derivación psiquiátrica en pacientes o familiares con trastornos que así lo requieran.

5. Realización de diagnóstico diferencial entre síntomas debidos al efectos fisiológico directo de una enfermedad médica (DSM IV — F06) y trastornos mentales que afectan el estado físico (DSM IV — F54)

6. Realización de entrevistas de seguimiento psicológico y/o psicoterapia del paciente/familia y/o entorno significativo.

7. Realización de acciones de psico-profilaxis por procedimientos y/o tratamientos.

8. Diagramación e implementación de intervenciones psico-terapéuticas para el tratamiento de los aspectos emocionales que acompañan al dolor y otros síntomas.

9. Realización de entrevistas de esclarecimiento sobre aspectos de información al paciente y su familia, y prevención de claudicación familiar.

10. Implementación de planes de seguimiento del duelo a través de entrevistas familiares y/o individuales, y/o psico-terapéuticas (adultos, niños, adolescentes).

11. Realización de tareas informativas en áreas educacionales, laborales y otras relacionadas con el paciente y/o familia.

12. Detección de cambios y dificultades en los roles de los miembros de la familia.

Funciones del Area de Trabajo Social:

1. Evaluar el grado de impacto que produce la enfermedad en el paciente, familia y entorno significativo, con el fin de arribar al diagnóstico social.

2. Propiciar una adecuada comunicación con el paciente y su familia para unificar criterios y optimizar objetivos.

3. Incrementar la comunicación entre el paciente y la familia y éstos con el equipo tratante.

4. Promover la adaptación individual y colectiva a la nueva situación, a fin de propiciar el cuidado del paciente y el autocuidado de la familia.

5. Orientar hacia la resolución de temas prácticos y complicaciones que se puedan plantear aportando información, asesoramiento y contactos con los recursos idóneos.

6. Contener a las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de los problemas sociales inherentes al mismo.

Actividades del Area de Trabajo Social:

1. Realización de entrevistas diagnósticas con el paciente, familia y/o entorno significativo. Registro en historia clínica.

2. Planificación de estrategias de abordaje para el tratamiento social.

3. Realización de entrevistas de seguimiento individuales y familiares.

4. Realización de entrevistas complementarias en domicilio con fines de diagnóstico social.

5. Interconsultas y/o derivaciones ante disfunciones sociales no controlables en este nivel.

6. Conexión con los recursos sociales necesarios para la resolución de las problemática detectadas (obtención de medicación, traslados, conexión con escuelas, orientación previsional, etc.)

7. Utilización de herramientas de registro y valoración de resultados.

8. Realización de entrevistas individuales o grupales de soporte social en duelo.

Recursos Humanos:

El nivel I incluye a los profesionales de diferentes disciplinas de atención primaria o de especialidades, certificados por sus entidades respectivas, y con formación básica en Cuidados Paliativos (C.P.) según CURRICULA (**) que permita adquirir conocimientos, actitudes, y habilidades en C.P. para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación.

La formación de post-grado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por la autoridad competente.

Los profesionales deberán ser capaces de atender a pacientes crónicos evolutivos y a su entorno; establecer las primeras medidas normatizadas del área donde trabajan.

Dichos profesionales pueden ser:

• Médico/a generalista o especialista y/o enfermero/a y/o licenciado/a en psicología y/o licenciado en trabajo social.

• Los voluntarios, previa selección y entrenamiento adecuados, son un recurso opcional recomendado.

La dinámica de trabajo considera la conformación de un equipo funcional.

DEFINICION DE EQUIPO FUNCIONAL: Es aquel cuyos integrantes, que reconocen y promueven los beneficios del cuidado multiprofesional y interdisciplinario, no trabajan exclusivamente en Cuidados Paliativos ni conforman un grupo interdisciplinario en forma permanente, pero cuando asisten a un paciente establecen los objetivos y planean las estrategias en forma conjunta.

El equipo se conforma y organiza en función de las necesidades de cada paciente y su familia e inicia sus tareas con la actividad asistencial de dos o más de sus integrantes.

El resultado de su actividad es mayor que el de la suma de los trabajos individuales de cada profesional involucrado.

El equipo funcional cuenta con instituciones de apoyo: son aquellas que le proveen de recursos para la asistencia de la Unidad de Tratamiento. Estos servicios de apoyo son: laboratorio, diagnóstico por imágenes, farmacia, profesionales de otras especialidades, asistencia espiritual, asesoría legal, unidades de internación, sistemas de traslados, servicio de mantenimiento, etc.

Marco Normativo de Funcionamiento:

• Brindar asistencia a los pacientes con criterio de Cuidados Paliativos

• Favorecer reuniones regulares interdisciplinarias.

• Asistir a ateneos interhospitalarios: opcional recomendado

• Realizar interconsultas y/o derivaciones con notas de referencia y solicitando notas de contrareferencia.

Registrar datos de documentación específica y de consentimiento informado.

Interconsultas o Derivaciones entre Niveles:

Cuando por la complejidad de la situación o por falta de recursos (humanos, materiales, institucionales, etc.), no es posible brindar una asistencia apropiada al paciente y/o su familia, se realiza interconsulta y/o derivación a otras especialidades o equipos del nivel 2 ó 3.

Motivos de Interconsulta y/o derivación:

A) Area Médica y de Enfermería:

• El paciente tiene síntomas de intensidad moderada o severa (ej. valores de EVA o EN de dolor, náuseas, vómitos, etc., mayor de 5 de manera persistente a pesar de los tratamientos instituidos).

• Intervenciones o actividades de Enfermería de mayor complejidad, de acuerdo a las necesidades y grado de dependencia del paciente, a los niveles de riesgo reales y/o potenciales y a las características propias de cada condición clínica (ej. cuidados de enfermería continuos, utilización de dispositivos para administración de fármacos).

• El paciente está en una emergencia médica no tratable con los recursos del nivel I. Entre ellos por ejemplo:

1. Compresión medular.

2. Síndrome convulsivo recurrente.

3. Disnea severa

4. Crisis aguda de dolor, ej. fractura patológica, neumotórax. abdomen agudo, etc..

5. Hemorragia masiva.

6. Delirium (síndrome confusional agudo).

7. Síndrome vena cava superior

8. Síndrome de hipertensión endocraneana

9. Urgencias metabólicas (ej.: hipercalcemia).

B) Area psico-social:

1. No resolución de situaciones de sufrimiento psicológico severo (ansiedad, depresión, ideación suicida, etc.)

2. Indicadores de trastornos psicológicos severos en algún miembro de la Unidad de Tratamiento no pasibles de ser tratados con los recursos del nivel 1.

3. Antecedentes psiquiátricos previos de grado moderado o severo (según DSM IV) asociados a depresión, ansiedad u otros síntomas psicológicos o físicos de difícil control.

4. Situaciones de emergencia o urgencia psico-social en Cuidados Paliativos:

• Ideación suicida con o sin depresión o trastorno bipolar.

• Ataques de pánico.

• Claudicación familiar instalada: miembros de la familia incapacitados para cubrir las necesidades del enfermo.

• Abandono del paciente por parte de la familia o entorno significativo.

• Demanda persistente de eutanasia y/o suicidio asistido.

5. Situaciones de disfunción familiar:

• Ausencia de cuidadores por limitaciones físicas o psíquicas.

• Presencia de más de un enfermo en el núcleo de convivencia.

• Riesgo de claudicación familiar.

• Violencia familiar, alcoholismo, drogadicción, etc.

6. Falta de recursos socioeconómicos.

7. Presencia de signos de duelo patológico.

8. Obstáculos relevantes en la comunicación: paciente, familia, equipo tratante.

DOCUMENTACION ESPECIFICA

Historia clínica:

• Nombre y apellido

• Datos demográficos y psico-sociales:

Nacionalidad
Edad
Sexo
Estado civil
Domicilio
Religión
Cobertura social
Genograma.
Datos de cuidadores (principal y otros)
Datos de vivienda
Aspectos económicos: recursos y redes internas (familia ampliada) y externas.
Roles familiares: dinámica y cambios. Tipo de comunicación familiar.

Relaciones sociales. Conocimiento de enfermedad y pronóstico por el paciente y la familia.

• Espiritualidad: soporte existente y deseado.

• Datos filiatorios de otros profesionales que asisten al paciente.

• Diagnóstico, estadificación de patología.

• Tratamiento específico recibido, tolerancia al mismo y respuesta.

• Evaluación global de sufrimiento (física, psicológica, social y espiritual).

• Valoración del estado de la piel y la boca, ritmo evacuatorio intestinal y urinario, grado de dependencia del paciente con relación a la alimentación, eliminación y locomoción.

• Valoración de síntomas físicos (dolor, náuseas, vómitos, insomnio, etc.) y psicológicos.

• Valoración de alivio de dolor y otros síntomas: opcional recomendado.

• Registro de tratamientos.

• Registro de seguimiento de duelo.

Instrumentos de Registro recomendados:

1. Termómetro de Sufrimiento del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (J. Holland y col.)

2. Escalas numéricas y visuales analógicas para intensidad de síntomas y su alivio o categóricas si no hay comprensión de las anteriores. Ejemplo: Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton.

3. Escalas para niños: escala de las caritas; colorimétrica de Eland, escala del Instituto Gustave Roussy, Francia para valoración de dolor en lactantes y niños en etapa no verbal.

Planta Física:

Los pacientes podrán sor atendidos por el equipo funcional en diferentes marcos asistenciales:

Institucional con internación, consultorios externos, Hospital de Día.

Institucional sin internación, consultorios externos, Hospital de Día.

No Institucional: consultorio de cualquier profesional del equipo funcional.

Domicilio del paciente.

El espacio en cualquiera de ellos debe asegurar el mantener la privacidad del paciente

Equipamiento:

Se requieren de los siguientes recursos materiales:

Cama, camilla, silla o sillón adaptados a las necesidades físicas de los enfermos.

En caso de utilizar institución de apoyo (para interconsultas o internación: los elementos con que cuenta el establecimiento de apoyo.

Equipamiento opcional recomendado para su atención domiciliaria: cama ortopédica, silla de ruedas, aspirador, colchones antiescaras: de agua o de aire, silla sanitaria, etc., solicitado donde corresponda según la cobertura del paciente (puede ser de obras sociales, prepagos o sistema público).

(**)

CURRICULA a DEFINIR por COMISION INTEGRADA por instituciones que representan a las diferentes disciplinas básicas y especialidades, que debe incluir:

- Actividad demostrada en la disciplina o especialidad.
- Trabajo interdisciplinario en C.P. por un período de tiempo.
- Participación directa en la asistencia de un número determinado de pacientes.
- Examen sobre

Tratamiento de dolor.

Tratamiento de otros síntomas.

Conceptos de C.P.

Aspectos psico-sociales.

Toma de decisiones éticas y legales.

NIVEL II

Se trata de pacientes en etapa paliativa con problemas médicos, psicológicos, sociales o espirituales de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1.

Objetivos Específicos:

A los de nivel 1 se agregan:

1. Resolución de las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de interconsulta y/o derivación a este nivel desde el nivel 1.

2. Implementación de estrategias de intervención en las diferentes áreas para situaciones no resueltas en el nivel 1.

3. Creación de espacios de comunicación para el paciente, la familia y el equipo de aspectos relacionados con la etapa final de la vida (últimos días o últimas horas).

4. Facilitación de recursos para favorecer la adaptación a situaciones de conflicto psico-sociales de mayor complejidad.

5. Prevención del síndrome de desgaste profesional.

6. Seguimiento de duelo y asistencia de duelo patológico.

7. Promoción de cuidados en domicilio.

8. Promoción de condiciones adecuadas destinadas a posibilitar el fallecimiento en domicilio cuando la Unidad de Tratamiento así lo requiera.

Funciones Comunes a todo el Equipo:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Elaborar y/o utilizar material de capacitación (escrito u audiovisual) para la Unidad de Tratamiento.

2. Implementar estrategias para resolver las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de interconsulta y/o derivación a este nivel desde el nivel 1.

7. Trabajar en forma interdisciplinaria en la toma de decisiones de situaciones clínicas dilemáticas.

3. Realizar reuniones familiares y/o multifamiliares de esclarecimiento y apoyo emocional.

4. Realizar seguimiento de evaluación telefónico.

5. Realizar actividades preventivas de síndrome de desgaste profesional.

6. Realizar evaluación de resultados y de costos.

7. Realizar evaluación de calidad de atención.

Actividades Comunes a todo el Equipo:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Elaboración de material de capacitación profesional y para la unidad terapéutica (paciente y familia) tanto escrito como audiovisual.

2. Implementar las estrategias de resolución de las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de interconsultas y/o derivación desde el nivel l o de otras especialidades que así lo requieran.

3. Utilización de escalas de evaluación en forma regular para la detección y prevención de síndrome de desgaste profesional.

4. Realización de reuniones interdisciplinarias en la toma de decisiones de situaciones clínicas dilemáticas.

5. Promoción y realización de reuniones familiares y/o multifamiliares de información, educación (planificación de alta, capacitación en los cuidados, etc.) y apoyo.

6. Provisión de información, capacitación y docencia al nivel 1, a otros profesionales y/o a la unidad terapéutica.

Funciones del Area Médica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Prescribir tratamientos farmacológicos de segunda o tercera línea (uso de fármacos con diferente mecanismo de acción o asociaciones de fármacos) ante la falla de los anteriores para realizar control del dolor y otros síntomas.

2. Indicar las interconsultas para realizar tratamientos invasivos cuando éstos estén justificados (ej. gastronomías, bloqueos antálgicos, etc.).

3. Utilizar de dispositivos de infusión en los casos en que la administración de medicamentos no pueda realizarse de una forma más simple (ej. Por vía oral, rectal o subcutáneas intermitente).

4. Indicar las interconsultas con los profesionales de las distintas áreas de apoyo radioterapeutas, oncólogos, cirujanos, etc.

Actividades del Area Médica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Provisión de información sobre objetivos terapéuticos de este nivel de atención.

2. Provisión de información y capacitación a la unidad de atención sobre la utilización de los distintos dispositivos de infusión.

3. Realización de reuniones de la familia/entorno significativo para lograr los distintos objetivos propuestos: información, capacitación y apoyo de la unidad terapéutica para favorecer la prevención y resolución de crisis y la prevención de duelo patológico.

4. Indicación de tratamientos para control de síntomas que no hayan sido aliviados con otros ya implementados.

Funciones del Area de Enfermería:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Administrar las medidas indicadas de tratamiento farmacológico y no farmacológico de mediana complejidad.

2. Promocionar la atención domiciliaria a través de la provisión de recursos humanos y materiales y la capacitación de la familia para llevar a cabo los cuidados.

3. Supervisar la implementación de la terapéutica en domicilio a través del seguimiento directo o indirecto.

4. Detectar situaciones de crisis relacionadas con el proceso de duelo.

Actividades del Area de Enfermería:

A los de nivel 1 se agregan:

1. Colaboración en la realización de procedimientos invasivos con finalidad terapéutica: ostomías de alimentación o descarga, colocación de sondas de alimentación o drenaje, bloqueos antálgicos, etc.

2. Aplicación de los medicamentos indicados por vía de administración parenteral continua (SC, EV), según técnicas y procedimientos específicos, control de dosis y frecuencia, observación de efectos terapéuticos y prevención de efectos adversos.

3. Colocación y manejo de jeringas a batería y dispositivos de infusión continua utilizados para la administración de medicación o hidratación por vía parenteral (SC, EV).

4. Administración de tratamientos no farmacológicos: curaciones complejas de escaras grado IV y heridas de gran tamaño o complicadas con infecciones, manejo de linfedema, uso de colchón de aire/agua, kinesia respiratoria, rehabilitación locomotriz, manejo de sistemas de alimentación enteral y parenteral, etc.

5. Asesoramiento de cuidados específicos en pacientes con tratamientos oncológicos (quimioterapia o radioterapia) con finalidad paliativa.

6. Planificación del alta y seguimiento domiciliario: información y entrenamiento a la familia y entorno para la administración de los cuidados generales en domicilio, supervisión programada a través de la visita o el contacto telefónico.

Funciones del Area Psicológica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Diagnosticar las situaciones de sufrimiento psicológico severo persistente por causas intra-psíquicas y/o vinculares.

2. Implementar estrategias psico-terapéuticas breves y focalizadas.

3. Realizar intervenciones psico-terapéuticas para obtener un nivel de reorganización de la dinámica familiar.

4. Diagnosticar y tratar en niños y adolescentes, los trastornos de conducta y/o aprendizaje vinculados con la enfermedad física y/o su repercusión emocional.

Actividades del Area Psicológica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Detección y evaluación de familiares en riesgo y/o con antecedentes psiquiátricos y/o en situación de claudicación

2. Entrevistas familiares focalizadas en la resolución de conflictos pre-existentes a la enfermedad para la prevención de situaciones de abandono o claudicación familiar.

3. Entrevistas psico-terapéuticas con inclusión de uno o mas miembros del equipo tratante.

4. Terapia de duelo para niños, adolescentes y adultos.

Funciones del Area de Trabajo Social:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Identificar factores que favorezcan la claudicación familiar.

2. Planificar estrategias que reduzcan los episodios de claudicación.

3. Detectar conductas disfuncionales de la Unidad de Tratamiento.

4. Asesorar en todos aquellos aspectos que se consideren necesarios para conseguir una adecuada evolución del proceso de duelo.

5. Articular aquellos recursos sociales, tanto públicos como privados que disponga la comunidad y de los que se pueda beneficiar tanto el paciente como su familia.

6. Intervenir en los obstáculos comunicacionales que dificultan el adecuado desenvolvimiento del proceso de enfermedad.

7. Capacitar y coordinar al voluntariado con el fin de colaborar en las tareas inherentes al cuidado específico del paciente y aliviar a la familia en tareas prácticas.

Actividades Area de Trabajo Social:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Realización de entrevistas con el objetivo de detectar factores que puedan determinar claudicación familiar.

2. Intervenciones familiares destinadas a disminuir o neutralizar los síntomas de claudicación instalados.

3. Realización de entrevistas familiares destinadas a:

• reducir de los efectos negativos de las dificultades de la comunicación (conspiración de silencio, etc.).

• la expresión de emociones y preocupaciones propias del proceso de duelo luego del fallecimiento del paciente.

• detectar y derivar los casos de duelo patológico.

4. Atención de los problemas prácticos luego del fallecimiento del paciente (traslado del cuerpo, entierro, velatorio, documentación específica). Elaboración de la carta de condolencia y/o contacto telefónico post fallecimiento del paciente.

5. Elaboración de la carta de condolencia y/o contacto telefónico post fallecimiento del paciente.

6. Conexión con los recursos sociales necesarios para la resolución de las problemáticas detectadas.

7. Capacitación y coordinación de las actividades del voluntariado

8. Coordinación de actividades de la red de soporte social necesarias para optimizar el tratamiento indicado (escuela, lugar de trabajo, etc.).

Recursos Humanos:

El nivel 2 requiere la presencia de un equipo básico identificable y consolidado.

Este se encuentra constituido como mínimo por un médico “especializado” en

Cuidados Paliativos y otros profesionales de enfermería, psicología, trabajadores sociales, con una formación básica en C.P. y dedicación exclusiva o semiexclusiva. La especialización y la formación básica se realizarán según CURRICULA (**) que permita adquirir conocimientos, actitudes, y habilidades en C.P. para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación.

La formación de post-grado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por la autoridad competente.

Se debe contar con ministros de fe y/o asesores espirituales disponibles.

Un equipo de voluntarios (previa selección y entrenamiento adecuados), y una secretaria son un opcional recomendado.

Los profesionales del equipo básico consolidado cuentan con los mismos servicios e instituciones de apoyo del nivel 1 así como con consultores estables: clínicos, cirujanos, bioeticista, etc.

Marco Normativo de Funcionamiento:

Los equipos en este nivel asisten a pacientes de un mayor nivel de riesgo y brindan una asistencia integral permanente.

Los miembros del equipo tienen consenso interno, es decir cuentan con un proyecto de servicio consensuado y comparten una misma filosofía asistencial.

Ellos realizan las siguientes actividades:

• Reuniones interdisciplinarias regulares y obligatorias con distintos objetivos:

  • organización

  • planificación de toma de decisiones

  • ateneos clínicos

• Docencia interna (ej. destinada a la difusión de los Cuidados Paliativos y al uso adecuado de los opioides, etc.).

• Utilización de notas de contra-referencia.

Como actividades opcionales recomendadas se sugieren:

• participación en ateneos interhospitalarios y en comités de Etica.

• realización de investigación epidemiológica y clínica.

• supervisión de los aspectos psicológicos del equipo con un profesional formado en esos temas, con el objetivo de evitar el síndrome de desgaste profesional.

Interconsultas o Derivaciones entre Niveles:

Cuando por la complejidad de la situación o por falta de recursos (humanos, materiales, institucionales, etc.), no es posible brindar una asistencia apropiada al paciente y/o su familia, se realiza interconsulta y/o derivación a otras especialidades o equipos del nivel 3.

Notas de contra-referencia:

1. Resumen de Historia Clínica: diagnóstico, tratamientos efectuados, efectos secundarios, respuesta esperada y obtenido.

2. Sugerencias terapéuticas y sus fundamentos.

3. Datos del Servicio o Unidad de C.P. para nuevas consultas donde consten: teléfono, FAX y/o e-mail, dirección y horarios de consulta.

Documentación Especifica:

Historia clínica:

A la de nivel 1 se agregan:

• Valoración de Performance Status.
• Evaluación de funciones cognitivas sistemática con algún test validado.
• Ficha de dolor que incluya: un diagrama del cuerpo humano con dermatomas para marcar localización, irradiación; etiología, mecanismos, características, tiempo de evolución, grado de repercusión en actividades de la vida cotidiana o psiquismo. Registro de factores de pronóstico de alivio del dolor y de factores limitantes del buen control del dolor.
• Registro de tratamiento: tipo, vías y dosis utilizadas.
• Evaluación de control en pacientes no conscientes o no colaboradores.
• Valoración de alivio.
• Valoración del tipo y grado de claudicación familiar.
• Registro del potencial asistencial de la familia.
• Registro de conductas disfuncionales de la Unidad de Tratamiento.
• Registro de tipo de disfunciones en la comunicación.
• Registro y coordinación de las actividades del voluntariado. Utilización de escalas de evaluación de ansiedad y depresión, de preferencia validadas.
• Registro de los trastornos de la salud mental según clasificaciones internacionales vigentes.
• Registro de la dinámica emocional en el genograma.
• Registro de síndrome de agotamiento profesional.
• Registro de tratamiento psico-social.
• Registro de la entrevista domiciliaria con valoración de situación social y familiar, aislamiento social, roles y participación familiar.
• Condiciones habitacionales.
• Accesibilidad y barreras arquitectónicas.
• Opcional recomendado: medidas de control de calidad.

Instrumentos de evaluación y registro recomendados:

A los de nivel 1 se agregan:

ECOG, Karnofsky u otros para Perfomance Status.
• Mini-mental test de Folstein para funciones cognitivas.
• Sistema de Estadificación de Edmonton para factores pronósticos de alivio en el control del dolor.
- Escala de evaluación de confort en pacientes no conscientes o no colaboradores de Edmonton.
• Hospital Anxiety and Depression Scale.
• DSM IV o CIE 10.
• Escala de Maslach para síndrome de agotamiento profesional.

Planta Física:

A la de nivel 1 se agrega

• En internación un área específica identificable para C.P. y con un espacio privado para reuniones de equipo y con familias.

• Camas disponibles en su institución o en una institución de apoyo.

• Consultorios externos, hospitales de día y servicios de internación. El espacio en cualquiera de ellos debe asegurar la privacidad necesaria para la atención de la unidad de tratamiento.

Equipamiento:

A el de nivel 1 se agrega:

• Teléfono-fax para garantizar la comunicación eficaz en forma de red con otros servicios que soliciten consejos o interconsultas.

• una computadora, impresora y base de datos.

• con dispositivos de infusión intermitente o continua de fármacos.

• Un oxímetro de pulso es un opcional altamente recomendado.

(**)
CURRICULA a DEFINIR por COMISION INTEGRADA por instituciones que representan a las diferentes disciplinas básicas y especialidades, que debe incluir:

▪ Actividad demostrada en la disciplina o especialidad.

▪ Trabajo interdisciplinario en C.P. por un período de tiempo.

▪ Participación directa en la asistencia de un número determinado de pacientes.

▪ Examen sobre
Tratamiento de dolor.
Tratamiento de otros síntomas.
Conceptos de C.P .
Aspectos psico-sociales.
Toma de decisiones éticas y legales.

NIVEL III

Se trata de pacientes en etapa paliativa con problemas médicos, psicológicos, sociales o espirituales de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1 ni 2.

Objetivos Específicos:

A los del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Disponibilidad de un equipo interdisciplinario que garantice la atención de pacientes, familia y/o entorno significativo con sufrimiento máximo.

2. Implementación de programas asistenciales de máxima complejidad en C.P. adaptados a las necesidades (mayor disponibilidad de recursos humanos, procedimientos invasivos, colocación de stents o endoprótesis, utilización de dispositivos de infusión).

3. Promoción de internaciones del paciente para recuperación familiar en caso de claudicación inminente o instalada.

4. Promoción y realización de actividades de capacitación interna y externa.

5. Realización de trabajos de investigación en las diferentes áreas.

6. Disponibilidad como equipo de interconsulta de otros niveles y otras especialidades.

Funciones comunes a todas las áreas:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Brindar servicios de interconsulta a otros niveles de C P. y/u otras especialidades

2. Responder consultas, capacitar y promover recomendaciones sobre aspectos éticos en el final de la vida.

3. Brindar asesoramiento en Cuidados Paliativos a organizaciones socio sanitarias gubernamentales y no gubernamentales.

4. Realizar acciones de capacitación y docencia incidental y sistematizada, interna y externa en Cuidados Paliativos.

5. Desarrollar protocolos de investigación científica en las distintas áreas.

6. Realizar evaluación de calidad de atención.

Actividades comunes a todas las áreas:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Realización de interconsultas con otros niveles de C.P y/u otras especialidades.

2. Producción de recomendaciones sobre aspectos éticos en el final de la vida.

3. Realización de cursos, seminarios, rotaciones y/o becas de perfeccionamiento para profesionales del equipo de salud, voluntarios y personas de la comunidad.

4. Implementación de protocolos de investigación científica en las distintas áreas.

5. Evaluación de calidad de atención.

Funciones del Area Médica:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Brindar tratamientos que no estén disponibles o accesibles en los niveles 1 y 2 por falta de recursos (materiales, humanos, etc.) (ej.: rotación o cambio de opioides etc.).

2. Realizar monitoreo intenso de opioides o drogas utilizadas en dispositivos de infusión en síntomas de difícil control.

3. Indicar interconsultas para realizar procedimientos invasivos anestésicos (ej.: colocación de catéteres raquídeos o ventriculares) o neuroquirúrgicos (ej. Cordotomías, etc.) para alivio de dolor.

4. Indicar interconsultas para la colocación de stents o endoprótesis

5. Indicar internación para asegurar el acceso a tratamientos (ej. por presentar dificultades socioeconómicas que harían imposible su cumplimiento, o por complicaciones, o por los traslados reiterados, etc.).

6. Brindar la posibilidad a pacientes de ingresar a un protocolo de investigación en C.P.

Actividades del Area Médica:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Implementación de tratamientos que no estén disponibles o accesibles en los niveles 1 y 2 por falta de recursos (materiales, humanos, etc.) (Ej.: rotación o cambio de opioides, etc.).

2. Implementación de un plan terapéutico adaptado a las necesidades del final de la vida de pacientes y/o familias con situaciones de máxima complejidad en aspectos físicos, psicológicos, sociales o espirituales.

3. Realización de acciones de monitoreo de drogas de más difícil manejo (ej. metadona, fentanilo, etc.) o administradas en dispositivos de infusión contínua o intermitente.

4. Indicación de interconsultas para la realización de procedimientos anestésicos de alta complejidad y/o colocación de stents o endoprótesis.

5. Internación para realizar control de síntomas o posibilitar un período de recuperación familiar

6. Realización de estudios de investigación en C.P.

7. Ejecución de acciones de docencia y capacitación (conferencias, cursos, rotaciones, becas, etc.)

Funciones del Area de Enfermería:

A las de nivel 1 y 2 se agregan:

1. Administrar medidas indicadas de tratamiento farmacológico y no farmacológico de alta complejidad.

2. Implementar programas de capacitación en Cuidados Paliativos en pre-grado y post-grado de la Carrera de Enfermería.

Actividades de Area de Enfermería:

A los objetivos del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Colaboración con otros profesionales en la realización de procedimientos invasivos anestésicos con finalidad terapéutica, si éstos así lo requirieran: colocación de catéteres raquídeos o ventriculares; o neuroquirúrgicos: cordotomías; neurolisis para alivio del dolor.

2. Manejo de catéteres y aplicación de medicamentos indicados por vía raquídea, según técnicas y procedimientos específicos, control de dosis y frecuencia, observación de efectos terapéuticos y prevención de efectos adversos.

3. Colocación y manejo de jeringas a batería y dispositivos de infusión contínua utilizados para la administración de medicación por vía raquídea.

4. Colaboración con otros profesionales en la colocación de dispositivos con finalidad terapéutica: stents, endoprótesis, etc., si éstos así lo requirieran.

Funciones del Area Psicológica:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Diseñar estrategias psico-terapéuticas especificas para pacientes con: descompensación psicológica aguda, ideación suicida, trastornos de personalidad graves (DSM IV grupos A, B y C).

2. Asistir a la familia en crisis de complejidad que no puedan ser resueltas en otros niveles, por ejemplo: ideación, suicida, conductas violentas, pedidos reiterados de eutanasia, etc.

3. Elaborar interdisciplinariamente distintas estrategias para pacientes que generan alto grado de conflicto dentro del equipo tratante y/o que obstaculizan los tratamientos.

4. Detectar y diferenciar en el paciente el deseo de morir de un pedido de eutanasia.

Actividades del Area Psicológica:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Aumento de frecuencia de entrevistas psico-terapéuticas individuales y/o familiares.

2. Facilitación, coordinación y supervisión de la inclusión de otros recursos asistenciales y de dinámica grupal (ej.: terapia ocupacional, laborterapia, musicoterapia, reuniones multifamiliares, etc.).

3. Elaboración de expectativas, temores y duelos relacionados con el deseo de morir y con pedidos de eutanasia.

4. Atención psico-terapéutica de la familia con claudicación familiar instalada.

5. Asesoramiento en prevención y tratamiento del síndrome de desgaste profesional a otros equipos de Cuidados Paliativos.

Funciones del Area de Trabajo Social:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Evaluar la necesidad de internación del paciente ante la crisis de claudicación familiar detectada.

2. Planificar e implementar intervenciones de tratamiento social en domicilio y/o en institución con el objetivo de contribuir a reorganizar la dinámica familiar.

3. Coordinar las actividades de soporte social para el eficaz cumplimiento del tratamiento.

4. Evaluar el tipo de problemática socioeconómica que dificulte el cumplimiento del tratamiento indicado.

5. Detectar y derivar aquellos pacientes y/o familias con trastornos psicológicos de riesgo.

6. Coordinar y supervisar acciones del voluntariado adecuadas a la complejidad de este nivel.

Actividades del Area de Trabajo Social

A las del nivel 1 v 2 se agregan:

1. Realización de entrevistas con el objetivo de:

- diagnosticar las necesidades sociales que determinen la internación del paciente.

- soporte social a familias con pacientes que presenten trastornos psicológicos o psiquiátricos atendibles en este nivel

2. Implementación de estrategias de intervención en caso de claudicación instalada con el objetivo de:

- Propiciar la neutralización de la crisis.
- Favorecer la gradual re-implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Realizar tratamiento social domiciliario (trabajar en re-definición de roles, redistribución de tareas, visitas del voluntariado, conexión con la escuela, lugares de trabajo, etc.)

Recursos Humanos:

Está formado por el equipo completo especializado en Cuidados Paliativos según CURRICULA (**) que permita adquirir conocimientos, actitudes, y habilidades en C.P. para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación, y que debe incluir como mínimo 4 disciplinas (medicina, enfermería, psicología y trabajo social).

La formación de post-grado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por la autoridad competente.

Además de secretaría, y de servicios e instituciones de apoyo y consultores estables que posee el nivel 2, se debe incluir un consultor en estadística.

Los voluntarios (previa selección y entrenamiento adecuados) son un recurso humano opcional altamente recomendado.

Marco Normativo de Funcionamiento:

Los equipos de este nivel realizan la atención de pacientes, familias y sus respectivos entornos afectivos con grado máximo de sufrimiento, de manera permanente.

Además del marco de funcionamiento del nivel 2 el equipo realiza las siguientes actividades:

• Acciones de docencia y capacitación internas y externas, universitarias y no universitarias.

• Participación ateneos interhospitalarios.

• Investigación epidemiológica y de investigación clínica.

Documentación Especifica:

A la del nivel 2 se agregan:

• Valoración de resultados.

• Evaluación de satisfacción de familias con la asistencia.

• Valoración de calidad de vida

Control de calidad de atención

• Registro de consumo de opioides y psicofármacos.

Instrumentos de registro: POS o STASS como escalas de valoración de resultados

Planta Física:

Puede corresponder al domicilio del paciente o áreas de una institución con internación, que cuenta con consultorios externos, hospitales de día y servicios de internación.

La planta física puede incluir 2 subniveles:

Subnivel 1.

Area especifica identificable para C.P.
Camas asignadas o capacidad para internar pacientes en distintas salas y seguirlos en conjunto con el equipo de la sala

Subnivel 2.

Estructura especifica con unidad de internación propia.
Espacio para permanencia de familias, con baño y cocina.
Sala de reunión.
Consultorio propio.

Las características de la planta física son de enorme importancia para el bienestar de la unidad de tratamiento: se busca un ambiente cálido con más parecido a un hogar que a una unidad de hospitalización clásica.

Equipamiento:

El mismo del nivel 2.

Los elementos incluyen todos con los que cuenta el establecimiento de apoyo. Por las necesidades de este tipo de pacientes, para su atención en institución y domiciliaria se necesitarán: cama ortopédica, silla de ruedas, aspirador, colchones antiescaras (de agua o de aire), silla sanitaria, oxigeno, dispositivos de infusión contínua e intermitente (inyectores de Edmonton, jeringas a pila, bombas de infusión), etc.
El equipamiento del Subnivel 2 debe tener confort parecido al del domicilio.

Para las actividades de docencia e investigación se debe tener: computadora con una base de datos, impresora, pizarras, elementos de soporte audiovisual propios o compartidos (retroproyector, proyector, etc.), entre otros.

(**)

CURRICULA a DEFINIR por COMISION INTEGRADA por instituciones que representan a las diferentes disciplinas básicas y especialidades que debe incluir:

▪ Actividad demostrada en la disciplina o especialidad.

▪ Trabajo interdisciplinario en C.P. por un período de tiempo.

▪ Participación directa en la asistencia de un número determinado de pacientes.

▪ Examen sobre

Tratamiento de dolor.
Tratamiento de otros síntomas.
Conceptos de C.P.
Aspectos psico-sociales.
Toma de decisiones éticas y legales.

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 644/2000

Apruébase la Guía de Diagnóstico y Tratamiento en Diabetes, incorporándose la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Bs. As., 8/8/2000

VISTO el Expediente Nº 1-2002-12418-99-1 del Registro del ex Ministerio de Salud y Acción Social, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean estos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de la GUIA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN DIABETES, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de la SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES.

Que la DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DE SERVICIOS ha prestado su consentimiento a la Guía o Norma antedicha.

Que la SUBSECRETARIA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD, COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

QUE la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello:

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébase la GUIA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN DIABETES, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º — Incorpórase la GUIA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN DIABETES que se aprueba en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 3º — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa la citada guía, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2° precedente.

Art. 4º — La guía que se aprueba por la presente Resolución podrá ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observada entrará en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 5º — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente guía para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 6º — Agradecer a la entidad participante, SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES, por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 7º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Héctor J. Lombardo.

ANEXO

INDICE

DIABETES MELLITUS TIPO I EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1. INTRODUCCION

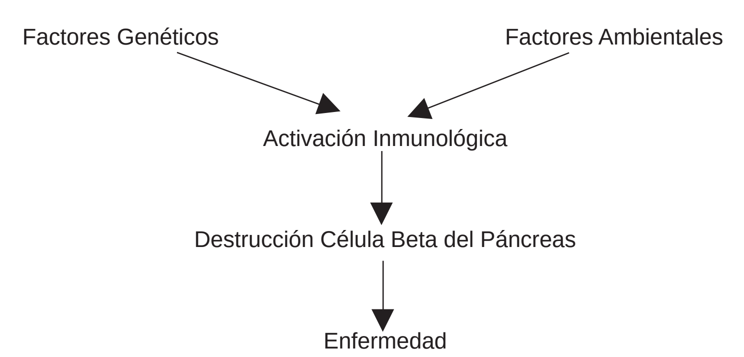
Diabetes Mellitus Tipo 1

La Diabetes Mellitus Tipo 1 es una enfermedad crónica caracterizada por la destrucción parcial o total, de las células ß de los Islotes de Langerhans, con la consiguiente incapacidad para producir Insulina.

El proceso de destrucción puede llevar meses o años, pero la enfermedad se presenta clínicamente cuando queda aproximadamente 10 a 20 % de tejido indemne.

2. ETIOPATOGENIA

Se trata de una enfermedad de base genética con un HLA característico, marcador de susceptibilidad que parece necesitar de la acción de un factor desencadenante (ambiental) aún no dilucidado para poder manifestarse. Por otra parte, existen evidencias de que los mecanismos de daño celular obedecen a una patogenia autoinmune



3. MANIFESTACIONES CLINICAS

3.1 PERIODO PRE-CLINICO

Tradicionalmente se consideraba que la Diabetes Mellitus Tipo 1 era de desencadenamiento rápido y generalmente grave, en cetoacidosis precedida por un corto período (días) en el que se presentan de manera intermitente las manifestaciones clásicas: poliuria, polidipsia, polifagia, astenia y pérdida de peso.

Hoy se sabe que el paciente puede permanecer asintomático a pesar de que el daño pancreático continua su evolución. Los síntomas clásicos se presentan cuando se ha perdido el 80-90% de la masa funcional de células ß El diagnóstico precoz no evita aun la aparición de la enfermedad pero sí los riesgos de evolución hacia un cuadro grave.

3.2 PERIODO CLINICO

El espacio de tiempo hasta que se realiza el diagnóstico de la enfermedad oscila habitualmente entre 1 y 6 semanas.

Los signos y síntomas que en el período anterior eran intermitentes se presentan ahora de manera constante. El niño suele presentar signos de deshidratación y desnutrición severos. Pueden observarse lesiones de micosis oral y genital (vulvovaginitis, balanopostitis).

4. DIAGNOSTICO

En los pacientes con síntomas y signos característicos el diagnóstico es sencillo y se confirma con:

• glucemia en plasma venoso superior a 200 mg/dl en cualquier momento o glucemia en ayunas mayor de 126 mg/dl.

En pacientes sin signos clínicos, en los cuales por cualquier motivo se desee descartar diabetes (inquietud familiar, hallazgo de hiperglucemia o glucosuria aislada, etc.) se debe realizar una glucemia en ayunas y una glucemia 2 horas después de una sobrecarga de glucosa (1.75 g/Kg de peso, máximo 75 g, diluida al 20% en agua con limón). Se convino que esta prueba podría realizarse también reemplazando la solución de glucosa por un desayuno habitual, que garantice un mínimo de 50 g de carbohidratos.

El paciente debe estar libre de proceso infeccioso agudo, fiebre, situación de estrés, y sin tratamiento que pueda influir en el resultado de la prueba, por ejemplo esteroides.

Se hace diagnóstico de DM Tipo 1 si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones repetidas en más de una oportunidad (los resultados de glucemia son en plasma venoso):

• glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l) en más de una ocasión

• glucemia 2 horas post prandial ≥ 200 mg/dl (11 mmol/l)

• glucemia en ayunas < 126 mg /dl (7 mmol/l) y glucemia post-prandial ≥ 200 mg/dl (11 mmol/l)

5. ERRORES DIAGNOSTICOS

En niños menores de 2 años:

No es habitual que se piense en Diabetes Mellitus en este grupo de niños, por lo tanto no se realiza el diagnóstico precoz y la evolución hacia la descompensación severa es frecuente. El niño puede presentar sed intensa que se manifiesta por irritabilidad y llanto contínuo, deshidratación grave (fiebre, sensorio alternante, taquipnea) y llegar al shock hipovolémico y al coma.

Los diagnósticos con los que más frecuentemente se confunde el cuadro son:

• Síndrome bronquial obstructivo

• Neumopatía

• Meningoencefalitis

• Infección urinaria

• Sepsis

• Gastroenteritis

• Intoxicación salicílica

En niños mayores de 2 años:

Los errores diagnósticos más frecuentes en el período pre clínico y clínico son:

• Trastornos genitourinarios (infección urinaria, enuresis de causa orgánica o emocional, etc.)

• Trastornos psicoemocionales

• Diabetes insípida

6. TRATAMIENTO

Se recomienda que todo paciente con diabetes de reciente diagnóstico, sea referido a un centro de diabetes para niños y adolescentes para su evaluación, educación e indicación de tratamiento integral por el equipo interdisciplinario especializado. En caso de no existir un centro de estas características, será derivado a un especialista en diabetes de adultos con experiencia en niños y adolescentes con diabetes.

OBJETIVOS:

• Favorecer la vida normal del niño, evitando trastornos emocionales.

• Mantener el crecimiento y desarrollo según el potencial genético y las posibilidades del medio ambiente.

• Evitar las complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis)

• Prevenir o retrasar la aparición de complicaciones crónicas.

Para lograr estos objetivos es indispensable mantener un control metabólico lo más cercano posible a la normalidad, con un plan de tratamiento que preserve la calidad de vida.

Se recomienda lograr glucemias cuyos rangos aproximados sean los siguientes:

• Menores de 5 años: 100 a 200 mg/dl (5,5 a 11 mmol/l)

• Mayores de 5 años: 80 a 180mg/dl (4,4 a 10 mmol/l)

Teniendo en cuenta la importancia de la hemoglobina glucosilada como elemento de control metabólico se ha considerado la relación entre ambos parámetros de la siguiente manera:

	Normal	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
Hb A1	< 8,5	8,6 - 9	9,1 - 10	10.1 - 12	> 12
Hb A1c	< 6,5	6,6 - 8	8,1 - 9	9.1 - 10	> 10

Es difícil lograr un buen control permanente, lo habitual es que los valores de hemoglobina glucosilada fluctúen según las variaciones de los valores glucémicos en relación con la actividad física, la alimentación, los trastornos emocionales, las infecciones, etc.

El tratamiento consiste en:

• INSULINA

• PLAN DE ALIMENTACION

• ACTIVIDAD FISICA

• EDUCACION DIABETOLOGICA

• APOYO PSICOEMOCIONAL

6.1 INSULINA

• Tipos de insulina según su origen

La insulina tipo Humana así como la Porcina Monocomponente tienen menor inmunogenicidad, lo que las hace apropiadas para el tratamiento de los niños y adolescentes con Diabetes, por lo tanto, la preferencia quedará librada al criterio del médico tratante en relación con las necesidades de su paciente y a las posibilidades de obtención de la insulina.

Se recomienda instruir al paciente en la necesidad de una adecuada rotación del sitio de la inyección, con el objeto de prevenir el eventual desarrollo de lipodistrofia hipertrófica.

La insulina bovina es la más antigénica y por lo tanto no se recomienda su uso en pediatría, ya que provoca en general lipodistrofia atrófica

• Tipos de insulina según su farmacocinética

— Análogos rápidos de la insulina

Los análogos sintéticos de la insulina, se utilizan en forma similar a las insulinas regulares, pero su acción es más precoz y menos prolongada.

— Insulinas de acción rápida

Llamada también regular, cristalina, o corriente.

Se usa en casos de urgencia (en cetosis o cetoacidosis), y suele incorporarse a la terapéutica diaria en distintos regímenes, sola o combinada con insulina intermedia.

Los análogos y las insulinas regulares son los únicos que pueden administrarse por vía endovenosa.

— Insulinas de acción intermedia

Las dos preparaciones más usuales son: a) NPH (Neutral Protamin Hagedorn) o isófana. b) insulina cristalina-zinc-acetato (insulina lenta).

La mezcla de insulina rápida con las insulinas lentas en la misma jeringa o ampolla causa el retardo de absorción de la insulina rápida. Pueden mezclarse sin problema si se inyecta inmediatamente.

La insulina NPH puede permanecer pre-mezclada con insulina regular en la jeringa o en la ampolla sin interferir en su absorción.

Duración de su acción por vía subcutánea

Insulina Acción rápida	Inicio de acción (hs)	Pico de acción (hs)	Duración de acción (hs)*
1. Análogos	0,25 - 0,5	1 - 2	2 - 4
2. Regular	0,5 a 1	1 a 3	6 a 8
3. Insulina Semilenta	0,5 a 2	2 a 8	4 a 12
Acción intermedia			
NPH	3 a 4	4 a 8	16 a 18
Lenta	3 a 4	6 a 10	18 a 20
Acción Prolongada			
Ultralenta	4	12	24 a 30
PZI	4	12	24 a 30

* Estos tiempos varían entre individuos, incluso en el mismo paciente, especialmente en niños.

— Insulinas de acción prolongada

Pueden usarse para cubrir requerimientos basales en un régimen de inyecciones múltiples con bolos de insulina regular antes de cada comida.

— Mezclas de insulinas

Existen en el mercado combinaciones de insulinas rápidas e intermedias (NPH) con relaciones 10/90, 20/80, 30/70, 40/60, 50/50, etc. El uso de combinaciones comerciales no está contraindicado en niños y adolescentes, si bien se debe ser muy cauto en su prescripción.

• Tipos de insulina según su concentración

En nuestro país aún existen presentaciones de insulina con concentraciones de 40 U/cc y 80 U/cc pero existe consenso acerca de la necesidad de unificar las presentaciones en la concentración única de 100 U/cc para evitar errores.

Condiciones para la conservación de la insulina

La insulina debe mantenerse refrigerada entre +2°C y +8°C y nunca congelarse.

Eventualmente la ampolla en uso podría permanecer a temperatura ambiental varios días, siempre que no se la someta a temperaturas extremas ni a la exposición directa a la luz.

Es importante enfatizar, que las insulinas porcinas altamente purificadas son inestables en regiones muy cálidas a temperatura ambiente.

Regímenes insulinoterápicos (esquemas de tratamiento)

El objetivo del tratamiento es mantener al paciente lo más cercano posible a la normoglucemia, sin hipoglucemias y con la mejor calidad de vida posible (evitando alterar su ritmo de vida habitual). El esquema ideal es el que garantiza mantener el objetivo clínico (especialmente crecimiento y desarrollo) y metabólico deseado (medido por Hb glucosilada) de la manera más simple.

Lo más frecuente es que los pacientes requieran como tratamiento convencional dos inyecciones diarias, distribuyendo la dosis total en 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena.

Pueden utilizarse otros regímenes:

• Insulina de acción intermedia sola (una, dos o tres aplicaciones por día)

• Insulina de acción intermedia y correcciones con insulina regular según la glucemia y en proporciones a establecer por el médico tratante.

• Mezclas fijas de insulina intermedia y regular según el criterio del médico tratante

Independientemente del esquema utilizado, siempre se debe corregir con insulina regular cuando el paciente presente hiperglucemia, glucosuria y cetonuria (examen realizado en orina fresca, es decir de segunda micción).

La dosis total y de cada aplicación, la mezcla de insulinas y los horarios se ajustan en forma personalizada a cada paciente, pero además habrá variaciones regionales para adecuar el tratamiento a la alimentación habitual.

Tipo y dosis en pacientes sin cetoacidósis

• Insulina de acción intermedia humana o porcina altamente purificada de preferencia de 100 U/cc

• La dosis inicial es de 0,3 a 0,5 U/Kg/día, en una o dos dosis diarias (2/3 a la mañana y 1/3 a la noche)

• La dosis usual es en pre-púberes de 0,7 a 1 U/Kg/día pudiendo aumentar en la adolescencia a 1,5 - 1,8 U/Kg/día.

• En infecciones, situaciones de estrés, cirugías, etc., pueden ser necesarias mayores dosis y correcciones con insulina regular.

La dosis debe ajustarse según los requerimientos del paciente, los cuales se evalúan a partir de los resultados del automonitoreo con tirilla reactiva.

Dado que una terapéutica de reemplazo sub-óptima, deriva en anormalidades metabólicas de graves consecuencias (retardo del crecimiento, pubertad retardada, lesiones microvasculares irreversibles) con daños orgánicos de alto costo social y humano, es imprescindible que los pacientes con diabetes tengan garantizado el acceso a los medios de automonitoreo e insulina.

Los factores que se tienen en cuenta para el ajuste de la dosis son: el número de comidas y su distribución y contenido de carbohidratos, el ejercicio o actividad física, el estadío del desarrollo puberal, la presencia de infecciones, los resultados del automonitoreo y los niveles de la Hb glucosilada (Hb G, Hb Al, Hb A1 c) de los últimos 3 meses.

Sitio y forma de inyección

Para evitar las lipodistrófias, en general hipertróficas, que interfieren la absorción de la insulina, el paciente debe manejar una técnica para la rotación sistemática del sitio de inyección. Esto debe enseñarse durante la educación diabetológica, ya que en caso contrario el paciente tiende a repetir la inyección en los mismos lugares.

La insulina aplicada en la pared abdominal se absorbe más rápidamente, por lo tanto se recomienda este lugar para la aplicación de insulina regular. La insulina aplicada en brazos, muslos y glúteos se absorbe más lentamente siendo así adecuados para las insulinas de acción intermedia, pero si se va a realizar actividad física que provoque aumento de la circulación en miembros, convendrá inyectar ese día en abdomen o zona glútea.

La inyección debe ser subcutánea profunda, para lo cual se recomienda formar un pliegue e insertar la aguja en toda su longitud en forma perpendicular a la superficie cuando se usan las agujas cortas habituales, o a 45° si la aguja fuera más larga o el paciente menor de 3 años.

Se deben usar jeringas y agujas especialmente diseñadas para insulina y en el caso de usar insulina de 40 U/cc o de 80 U/cc, es necesario que las jeringas de graduación adecuadas estén a disposición del paciente. Del mismo modo en pacientes que usen insulina de 100 U/cc en dosis pequeñas, se requerirán jeringas de 0,3 cc ó 0,5 cc.

Las lapiceras (pens) son especialmente útiles para aplicar la insulina fuera de la casa, puede utilizarse insulina de acción intermedia o regular y puede administrarse en fracciones de 1 ó 2 unidades según el modelo.

Los inyectores a chorro de insulina no son recomendables, ya que la profundidad de penetración de la insulina es variable y la cinética de absorción resulta alterada.

Existen distintos modelos y tipos de bombas de infusión contínua subcutánea, debe recordarse que si bien constituyen la manera más fisiológica de administrar insulina (insulina regular) no se hayan exentas de riesgos. Los niños deben llevar de manera permanente la pequeña aguja insertada en el tejido celular subcutáneo la que puede provocar lesiones traumáticas (pequeños nódulos) o infecciones locales. El niño puede dejar de recibir insulina por alguno de los siguientes problemas: falta de batería, falta de insulina en el reservorio, desconexión del set de infusión con respecto al reservorio, desinserción de la aguja, etc. Ello puede traer como consecuencia un cuadro de cetoacidosis de intensa gravedad y difícil tratamiento motivado por la corta duración de la insulina regular y la pequeña cantidad de insulina administrada horariamente.

6.2 PLAN DE ALIMENTACION

Se trata de una alimentación normal, con un valor calórico total (VCT) calculado como 1000 Kcal para el primer año de vida y 100 Kcal por cada año de edad hasta los 12 años en mujeres y los 15 años en varones. Luego de esa edad, teniendo en cuenta la poca actividad física y la tendencia a la obesidad, se ajusta el valor calórico total (VCT) a un máximo de 2200 Kcal /día en las niñas. En los varones el valor calórico total (VCT) habitual es de 2500 Kcal/día, pero puede ser aumentado de acuerdo con la actividad física.

La composición química consiste en: hidratos de carbono (HC) 50-55%, proteínas 15-20%, grasas máximo 30 % (1/3 saturadas, 1/3 monoinsaturadas, 1/3 poliinsaturadas). Debe asegurarse la ingesta de alimentos protectores, tales como leche y sus derivados, carnes, huevos, frutas y verduras para cubrir los requerimientos de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Como regla general se recomienda el cumplimiento de 4 comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda y cena) y 2 colaciones.

Pueden utilizarse edulcorantes no calóricos de manera razonable. No recomendamos el consumo de productos dietéticos, "light" o "diet", salvo las bebidas gaseosas. Es importante la participación del nutricionista en el equipo interdisciplinario para:

• Garantizar el aporte correcto de nutrientes

• Adecuar el plan alimentario a los hábitos, gustos y posibilidades de la familia, tratando de lograr una alimentación sabrosa.

• Colaborar con la educación alimentaria del grupo familiar

6.3 EDUCACION DIABETOLOGICA

La educación del paciente y su familia es indispensable y constituye uno de los pilares del tratamiento.

En una primera etapa, deben brindarse los conocimientos básicos de supervivencia (automonitoreo, administración de insulina, conductas ante situaciones de riesgo, como hipoglucemias y cetosis) que permitan a la familia cumplir con el tratamiento en su domicilio.

Una vez superado el estrés inicial se podrán ampliar los conocimientos, de acuerdo con las necesidades del niño y su grupo familiar. La educación no es sólo información, es adopción de nuevas conductas que en este caso tienen como objetivo el cuidado de la salud del paciente. Esto requiere la participación de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras especializadas en diabetes, nutricionistas) cuya presencia es importante a lo largo de la evolución de la enfermedad, adecuando los mensajes a las distintas etapas del desarrollo del niño.

Es necesario extender la educación a maestros, instructores de gimnasia, e incluso a los compañeros y amigos del paciente. Es también conveniente realizar campañas periódicas de educación para la población general.

La educación puede y debe alternar la modalidad individual con la grupal, en forma de clases, talleres y campamentos o convivencias, tanto para el paciente como para su familia, la que debe mantenerse involucrada y con una actitud positiva hacia los cuidados que demanda la enfermedad. Se hace hincapié en la necesidad de participación de ambos padres evitando la delegación de la responsabilidad sólo en la madre.

El paciente deberá ir desarrollando la capacidad de realizar sus controles e inyecciones a medida que su maduración se lo permita. Sin embargo debe remarcarse, que el acompañamiento y la supervisión por parte de los mayores, son necesarios en la adolescencia y que en la medida que el paciente logre el desarrollo global de su autonomía, podrá hacerse cargo por completo de su enfermedad.

AUTOMONITOREO

El objetivo del automonitoreo es permitir que el paciente conozca su estado metabólico actual y efectúe, si es necesario, cambios inmediatos en su terapéutica de acuerdo con los resultados obtenidos.

Se recomienda que el paciente realice una glucemia por tirilla reactiva previa a cada aplicación de insulina (en general antes del desayuno y de la cena). De manera complementaria deberá realizar controles de glucosuria y cetonuria, ocasionalmente podrán realizarse glucemias antes de acostarse, en la madrugada o en cualquier otro momento que se considere conveniente. Los mismos deben registrarse en un cuaderno, consignando asimismo los episodios de hipoglucemia, cetosis, situaciones especiales y medidas correctivas tomadas, lo que le permite conocer a él y a su médico las variaciones de su enfermedad.

El paciente debe aprender a modificar la dosis de insulina según el resultado del automonitoreo, y en qué casos consultar, aunque sea telefónicamente, con el equipo de salud.

Identificación del paciente

Es conveniente que el paciente lleve una identificación: nombre, domicilio, teléfono, DM Tipo 1.

6.4 ACTIVIDAD FISICA

La actividad física es recomendable como parte del tratamiento. Para cumplir una función en la regulación del control metabólico debe ser regular, individualizada y supervisada, de preferencia aeróbica (baile, natación, ciclismo, marcha), alertando sobre los riesgos de actividades solitarias del tipo de paracaidismo, buceo, montañismo, aladelta, parapente, competencias de autos o motos, etc.

Se deberá confeccionar una carta tipo para los profesores de educación física, explicando las conductas a seguir en caso de complicaciones (ejemplo: dar la posibilidad de alimentarse en caso de hipoglucemias).

Las hipoglucemias pueden ocurrir durante el ejercicio, así como inmediatamente después u horas más tarde (tardía). En los pacientes que realizan deportes con gran gasto de energía (entrenamientos deportivos intensivos o muy prolongados) debe prestarse especial atención a las hipoglucemias tardías, ya que pueden ocurrir durante la noche.

En la actividad física común es suficiente que el paciente reciba un refuerzo de alimentación antes del ejercicio y eventualmente durante y después, especialmente antes de acostarse. Si la actividad es muy intensa, es necesario adecuar la dosis de insulina que actúa en el horario de la actividad física y en las 6 a 8 horas posteriores a dicha actividad.

En el ejercicio prolongado se recomienda la ingesta de 15 g de azúcares de absorción rápida cada 40 minutos de actividad.

Es importante el automonitoreo de las glucemias antes y después del ejercicio, cuando la actividad física sea intensa y se prolongue más de 1 hora.

No se deberá hacer actividad física en presencia de cetosis y/o enfermedad intercurrente.

6.5 APOYO PSICO-SOCIAL

Las características de esta enfermedad crónica con descompensaciones agudas (hipo e hiperglucemia) y la consiguiente necesidad de controles (glucemia, glucosuria, cetonuria) y cambios en el tratamiento (insulina, alimentación) frecuentes, provocan en el niño y en su familia una situación de angustia y ansiedad que hace indispensable el apoyo psicoemocional.

• Es recomendable al inicio de la enfermedad y en toda situación de crisis o pérdida. Puede ser individual, familiar o grupal. Es indispensable la participación de ambos padres en estas actividades.

• El trabajo grupal puede tener distintas modalidades según la edad de los pacientes, tiempo de evolución, situaciones especiales de la vida, presencia de complicaciones, etc.

Campamentos

• Son útiles como medio de educación. Se recomienda realizarlos en una o dos oportunidades o según el criterio del equipo tratante o las necesidades del paciente.

• No se promueve la concurrencia en forma contínua.

• Como alternativa se plantea la convivencia de un día o fin de semana.

• Los pacientes pueden colaborar en la elaboración de los programas de educación.

7. ENFOQUE DEL PACIENTE AL INICIO DE LA ENFERMEDAD

Al inicio de su enfermedad el paciente debe tener un período de contacto estrecho con el equipo tratante, que será con internación o ambulatorio según la situación particular de la institución y la familia del paciente.

Este período es variable, estimándose un promedio de 7 a 15 días, con el objeto de ajustar la dosis de insulina a los requerimientos del paciente y realizar educación diabetológica y apoyo psico-social.

7.1 ANAMNESIS

En el interrogatorio habitual debe quedar registrado:

Enfermedad actual

• Registrar la duración del período pre clínico y clínico percibida por los padres (desde cuando notaron poliuria, polidipsia, cambios de carácter, y pérdida de peso que en lo posible debe ser cuantificada).

• Registrar la forma de comienzo (cetoacidosis, cetosis, etc.) con parámetros de laboratorio en lo posible (equilibrio ácido base, ionograma, etc.) y tratamiento utilizado en la compensación de la fase aguda.

Antecedentes personales

• Embarazo y parto. Peso al nacimiento. Lactancia materna. Introducción de leche de vaca

• Pesos y tallas anteriores al diagnóstico. Talla materna y paterna

• Edad de menarca de la paciente mujer y de la madre

• Inmunizaciones

• Enfermedades infecciosas: varicela, sarampión, rubeola, parotiditis, mononucleosis, hepatitis, otras

• Enfermedades autoinmunes

• Estrés físico o emocional

• Enfermedad neurológica o síntomas neurológicos previos (cefaleas, parestesias, convulsiones, etc.)

• Desarrollo psicomotor

• Escolaridad

Antecedentes familiares

• DM Tipo 1
• DM Tipo 2
• Obesidad
• Dislipidemias
• Enfermedades cardiovasculares
• Enfermedades autoinmunes (tiroidea, suprarrenal, celiaquia, etc.)

Historia psico-social

Orientada a identificar familias de riesgo (con dificultades socio-económicas graves o severos trastornos emocionales, etc.)

7.2 EXAMEN FISICO AL INICIO

El examen físico del paciente debe ser completo al momento del diagnóstico, enfatizando el registro de parámetros importantes para el futuro seguimiento, a saber:

a. Antropometría.

• Peso
• Talla
• Relación peso/talla
• Indice de masa corporal

Para su graficación y evaluación se emplearán las gráficas de crecimiento y tablas nacionales.

b. Examen cardiovascular

• Tensión arterial
• Frecuencia cardíaca
• Pulsos periféricos

c. Examen buco-dental

• Piezas dentarias
• Encías

d. Examen tiroideo
e. Examen de genitales
f. Estadio puberal
g. Evaluación de la movilidad osteoarticular

• Mano

El paciente debe poder mantener sus manos unidas (palmas y dedos) en posición de plegaria con los antebrazos en el plano de la mesa, en ángulo recto con las manos.

• Columna cervical

• Pie

h. Examen clínico neurológico

• Reflejos osteotendinosos (aquileano y patelar)

• Exploración de la sensibilidad superficial

• Exploración de la sensibilidad vibratoria si es posible

i. Examen oftalmológico

• Fondo de ojo: con pupila dilatada, realizado por un profesional experimentado

7.3 LABORATORIO DE INICIO

• Hemograma.

• Glucemia.

• Hb glucosilada (realizar en laboratorio con control de calidad garantizado).

• Perfil Lipídico (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos) con ayuno previo de 12 horas.

• Creatininemia.

• Examen de orina completo (glucosuria, cetonuria, sedimento urinario).

• Microalbuminuria (MAU) con el método que resulte más accesible, con muestra de orina de 8 horas nocturnas como mínimo.

• Exploración de la función tiroidea (mínimo TSH, y si es posible anticuerpos antifracción microsomal y antitirogobulina).

7.4 ESTUDIOS ESPECIALES

• Electrocardiograma (ECG) si hay taquicardia, disnea de esfuerzo, etc.

• Rx de mano y muñeca para cálculo de edad ósea en especial si hay trastornos en el crecimiento

• Rx de Tórax y PPD si hay antecedentes de enfermedades respiratorias a repetición

• Ecografia renal si hay trastornos urinarios, infecciones urinarias frecuentes.

• Anticuerpos antigliadina y antiendomisio, si hay baja talla, alteraciones digestivas, esteatorrea, y hábito celíaco (abdomen globuloso, disminución de la masa muscular glútea).

• Electroencefalograma (EEG) si hay trastornos del aprendizaje o refiere antecedentes neurológicos

7.5 INFORME PSICO-SOCIAL

Esta evaluación es indispensable para valorar la necesidad de intervención e identificar familias de riesgo.

8. CONTROL DEL PACIENTE CON DIABETES

8.1 PERIODICIDAD DE LA CONSULTA

• Al inicio: control diario en hospitalización, hospital de día, o consultorio externo hasta que el paciente haya completado su entrenamiento básico (aproximadamente 2 semanas):

☐ Inyección de insulina
☐ Automonitoreo
☐ Educación alimentaria
☐ Prevención, identificación y tratamiento de las hiperglucemias e hipoglucemias

• La frecuencia irá disminuyendo de acuerdo con las necesidades del paciente. Se recomienda que consulte como mínimo cada tres meses.

En el caso de pacientes que viven en zonas alejadas de centros terciarios es necesario que concurran por lo menos tres veces al año a la consulta con el especialista. Lo ideal es que exista comunicación (por correo o teléfono) entre el médico de atención primaria y el centro de atención terciaria.

8.2 ANAMNESIS

En cada consulta, es conveniente valorar y registrar en la historia clínica los siguientes ítems:

• Tipo de insulina, esquema y dosis previa a la consulta

• Controles de glucemia, glucosuria y cetonuria registrados en el cuaderno del paciente

• Episodios de hipoglucemia producidos en el intervalo entre consultas (frecuencia, severidad, tratamiento)

• Episodios de cetosis tratados por el paciente (frecuencia, identificación de causas, tratamiento)

• Presencia de infecciones

• Escolaridad: rendimiento, número de días de clase perdidos y causas

• Estado anímico, actividad habitual, actividad física y social

• Capacidad del paciente para realizar ajustes en sus dosis en respuesta a sus controles

• Conocimiento y uso de los conceptos fundamentales para el manejo de la enfermedad (necesidad de reactualizar la educación diabetológica)

• Edad de menarca, regularidad y características de las menstruaciones.

8.3 EXAMEN FISICO

Al examen físico completo ya descripto deberá agregarse:

• Los sitios de inyección para detectar la presencia de lipodistrófias,

• Examen de los genitales para detectar vulvo o balanopostitis micótica

• Evaluación del crecimiento (velocidad) y maduración sexual (Tanner y Marshall)

• Examen de las manos (piel, tejido subcutáneo y movilidad articular)

8.4 LABORATORIO DE SEGUIMIENTO

• Trimestral: Hb glucosilada

• Anual: Se repite el laboratorio de inicio.

8.5 ESTUDIOS ESPECIALES

En edad prepuberal, con más de 5 años de evolución, y en púberes con más de 2 años de evolución se realizarán estudios orientados a la detección precoz de complicaciones crónicas de la diabetes:

• Derivación al oftalmólogo para realización de fondo de ojo con dilatación y oftalmoscopía directa (anual)

• Microalbuminuria

Otros estudios que deberán ser solicitados por el especialista incluyen:

• Retinofluoresceinografía

• Velocidad de Conducción Nerviosa

• Electromiograma

9. COMPLICACIONES AGUDAS

9.1 HIPOGLUCEMIA

Uno de los factores limitantes de mayor importancia en el tratamiento del niño con diabetes es la hipoglucemia severa y el posible compromiso neurológico a largo plazo.

DEFINICION

Si bien el concepto de hipoglucemia es bioquímico (glucemia ≤ 50 mg/dl en plasma venoso), no es posible hablar de hipoglucemia sin hacer referencia a los síntomas asociados.

La aparición y la severidad de los síntomas tiene relación con la velocidad del descenso glucémico y son:

• Neurogénicos: diaforesis, temblor, hambre, palidez, palpitaciones, taquicardia.

• Neuroglucopénicos (expresan el déficit de glucosa tisular y en particular cerebral): confusión, falta de concentración, diplopía, perdida de memoria, alucinaciones, conducta extraña, disfunción sensorial, letargo, parálisis no sistematizadas, convulsiones y coma.

CONTROL GLUCEMICO Y FORMA DE PRESENTACION

Un correcto control glucémico evita o retrasa la aparición de complicaciones, pero el mantener la glucemia en cifras casi normales en forma permanente entraña el riesgo de hipoglucemia severa, la que es más grave, frecuente e inesperada en niños de menor edad.

Diversos factores influyen en su aparición y severidad:

• Supresión de alguna comida

• Aumento de la actividad física

• Administración de mayor dosis de insulina que la necesaria

• Aplicación de insulina en zonas de lipodistrofia hipertrófica (absorción irregular), etc.

El paciente con un control metabólico muy estricto puede tener hipoglucemias asintomáticas, que pueden llevarlo a una hipoglucemia severa por defecto en los mecanismos de contrarregulación, y elevación del umbral de respuesta a la hipoglucemia.

Este fenómeno de falta de percepción de la hipoglucemia no permite al paciente actuar a tiempo, lo que implica mayor riesgo.

Algunos de los factores que condicionan este tipo particular de respuesta son:

• Control glucémico estricto

• Antecedente de hipoglucemias crónicas que actúan sobre el hipotálamo enlenteciendo su respuesta.

• Mecanismo adaptativo cerebral que determina una mayor extracción de glucosa a nivel de la barrera hematoencefálica y un menor registro de la glucopenia. Este último fenómeno, pero a la inversa, es decir una menor extracción de glucosa a nivel cerebral, es el que hace que pacientes continuamente hiperglucémicos puedan registrar síntomas de hipoglucemia con glucemia normal o elevada.

Este fenómeno es reversible y no tiene relación con la hipoglucemia asintomática, por déficit de secreción de catecolaminas, de la neuropatía autonómica, que es irreversible y en general no produce hipoglucemias tan severas. Afortunadamente esta manifestación, si bien puede verse en algunos adolescentes con diabetes de larga evolución no es frecuente.

El médico debe ser cauto y llegar al mejor control metabólico posible que evite o retrase la aparición de complicaciones a largo plazo, garantizando al mismo tiempo una maduración neurológica y un desarrollo cognitivo adecuados.

La hipoglucemia severa (convulsiones, pérdida de conocimiento, etc.) produce temor en la familia que puede posteriormente no cumplir con las indicaciones terapéuticas, llevando al paciente a un pobre control metabólico a largo plazo. Este hecho debe ser tenido en cuenta por el médico, y conversado con la familia.

TRATAMIENTO

Glucemia menor de 70 mg/dl (3,88 mmol/l):

• Adelantar la comida

• Administrar carbohidratos complejos (pan, galletitas, cereales con leche, etc.)

• Administrar azúcar o líquidos azucarados (según necesidad)

Glucemia menor de o igual a 50 mg/dl (2.77 mmol/l)

• Administrar azúcar o líquidos azucarados (según necesidad)

• Administrar carbohidratos complejos (pan, galletitas, cereales con leche, etc.)

• En presencia de vómitos, estupor o convulsiones inyectar glucagon y/o suero glucosado endovenoso al 10% según necesidad.

Dosis de glucagon (subcutáneo o intramuscular) de acuerdo con el peso (No repetir la dosis):

más de 30 Kg .... 1 mg
entre 15 y 30 Kg: .... 0,5 mg
menos de 15 Kg: .... 0,25 mg

Una vez superada la emergencia, con el fin de evitar la repetición de la hipoglucemia, se administrarán alimentos que contengan carbohidratos complejos, proteínas y grasas (sándwiches, galletitas, cereales con leche, etc.)

Recordar:

• La insulina no debe ser suspendida en caso de hipoglucemia.

• En las hipoglucemias matinales (antes del desayuno) la insulina de la mañana puede ser pospuesta (1 ó más horas) y fraccionada según la evolución.

• Se decidirá la disminución de la dosis nocturna (en las hipoglucemias matinales) según criterio médico evaluando los episodios del día anterior.

• Cuando se están utilizando insulinas de acción prolongada debe continuarse el monitoreo luego de normalizada la glucemia, porque ésta puede volver a descender.

• En caso de vómitos, puede administrarse antiemediticos y si los síntomas persisten el niño debe ser llevado a un servicio de salud donde se le pueda colocar suero glucosado endovenoso (EV)

• El día en que el niño presenta hipoglucemia, es importante realizar glucemias repetidas a lo largo del día y de la noche, para ajustar convenientemente la dosis de insulina.

• Para prevenir las hipoglucemias nocturnas, mantener niveles aproximados de glucemia de 120-180 mg/dl antes de acostarse.

HIPOGLUCEMIA Y EJERCICIO

El ejercicio puede favorecer la aparición de hipoglucemias durante, inmediatamente o aun varias horas después de finalizado el mismo.

Es aconsejable que la administración de insulina de ese día se realice en el abdomen para retardar su absorción.

• En los ejercicios moderados:

□ aumentar la ingestión de HC de absorción lenta antes y después de los mismos

• En los ejercicios intensos (de competición):

□ reducción de la dosis de insulina previa y posterior a la actividad física
□ ingestión de 15 g de HC de absorción rápida por cada 40 minutos de ejercicio

□ controlar glucemia antes, durante y después del ejercicio intenso

10.2 CETOACIDOSIS

Establecido el cuadro de cetoacidosis, los errores de diagnóstico más frecuentes son:

• Abdomen agudo quirúrgico (apendicitis, peritonitis)

• Neumopatía aguda o síndrome bronquial obstructivo

• Meningoencefalitis

Tratamiento de la cetoacidosis diabética

En la tabla adjunta se expone un esquema orientativo para el tratamiento de la cetoacidosis diabética en el niño y en el adolescente y que debe ser adaptado a cada paciente.

• Se trata de una emergencia médica que debe ser atendida, en lo posible, en centros especializados con adecuados recursos de enfermería y laboratorio y por profesionales expertos.

• Los riesgos potenciales del tratamiento en manos no expertas incluyen:

□ sub o sobre hidratación
□ hipoglucemia
□ hipernatremia
□ hipokalemia

• El edema cerebral es la complicación más grave del tratamiento de la cetoacidosis diabética. Se presenta después de un período de mejoría del estado general y se manifiesta por cefalea, náuseas, vómitos, y obnubilación. Debe tenerse en cuenta y puede ser evitado mediante la administración cuidadosa de agua, glucosa y electrolitos.

Tratamiento: administrar Manitol 1 g/Kg por vía EV en 15 minutos, repetir si fuera necesario.

Clínica	• Deshidratación: piel y mucosas secas • Aliento cetónico - Respiración de Kussmaul • Nauseas. Vómitos. Dolor Abdominal • Depresión del Sensorio		
Laboratorio de diagnóstico	• Glucemia $\geq$ 200 mg/dl (11 mmol/l) • Glucosuria y cetonuria positivas • pH < 7.30 • Bicarbonato de Sodio en plasma < 15 mEq./l		
Objetivos de tratamiento	• Rehidratación gradual (en 24-48 hs) • Corrección de las alteraciones electrolíticas • Corrección de la hiperglucemia (descenso esperado de la glucemia, 10% / hora)		
Control clínico	• Estado de conciencia • Signos de shock • Grado de deshidratación • Signos de acidosis • Presencia de infección • Signos vitales (evaluar en forma horaria)		
Laboratorio	Al diagnóstico • glucemia, glucosuria cetonuria • hematocrito • determinación de gases en sangre capilar	A las dos horas • glucemia glucosuria cetonuria • estado ácido-base • gases • ionograma	Luego cada 4 horas • glucemia glucosura cetonuria • estado ácido-base • gases • ionograma
	Al diagnóstico • estado ácido-base • ionograma • uremia • creatininemia	A las dos horas	Luego cada 4 horas

Tratamiento Hidro-electrolítico .	Primer día: • Si hay shock y/o signos clínicos de cetoacidosis grave: Plan de expansión: solución salina de cloruro de sodio (NaCl) 0.9% (NaCl 150 mEq /l) intravenosa — Volumen total: 10 a 20 ml/Kg en 1 hora • Después de la expansión o si no hubo shock: Solución hidratante: solución salina 0.45 % (NaCl 75 mEq./l), dextrosa 2.5 %, cloruro de potasio (KCl) 30-4-0 mEq./l — Volumen total: 4200 ml/m2 en 24 a 36 horas o — menores de 2 años: 200 ml/Kg/día o — 2 a 10 años: 150 ml/Kg/día o — mayores de 10 años: 100 a 120 ml/Kg/día Segundo día: Solución hidratante: solución salina 0.30 % (NaCl 50 mEq./l), dextrosa 3.5 %, cloruro de potasio (KCl) 25 mEq./l — Volumen total: de 3200 ml/m2 en 24 hs. Si la evolución es favorable mantener 1/3 del volumen por vía endovenosa y reemplazar los 2/3 restantes por leche, caldo, jugo de naranja, té La infusión de KCl debe iniciarse al comenzar la insulinoterapia salvo que hubiera evidencias de insuficiencia renal — Aportar 5 a 7 mEq./Kg/24 hs. — No exceder 40 mEq./l en las soluciones El bicarbonato de sodio se usará para corregir parcialmente la acidosis sólo si el paciente presenta pH<7,0 — Aportar 1/3 del déficit en el curso de 1 a 2 horas. No en bolo. Cálculo: Bicarbonato de Sodio en mEq. = 0,1 x Peso x (-Exceso Base) — Utilizar Bicarbonato de Sodio 1/6 molar (166 mEq./l)
Insulinoterapia (insulina regular)	a) La insulina debe administrarse después de terminar la expansión, cada hora por bolo subcutáneo (SC) o infusión endovenosa (EV) contínua • 0.1 U/Kg/hora Descenso horario esperado de la glucemia: 10% • 0.2 U/Kg/hora si el descenso es menor del 10% • 0.05 U/Kg/hora si el descenso es mayor del 20% En presencia de acidosis severa, persistente y glucemia que disminuye rápidamente, • Aumentar el aporte de glucosa de modo de mantener la glucemia entre 10 y 14 mmol/l (180 - 250 mg/dl) • Continuar con la administración de insulina a 0.1 U/Kg/hora. (SC o EV). Sólo se reducirá la dosis de insulina cuando se haya corregido la acidosis. b) Insulina cada 4 horas por bolo SC o infusión EV • Con el paciente clínicamente estable y sin signos clínicos de acidosis, • pH $\geq$ 7.30 • Bicarbonato de sodio $\geq$ 15 mEq./L Según glucemia con el siguiente esquema: Glucemia — Insulina - $\leq$120 mg/dl — colación y repetir glucemia a la hora - >120 mg/dl $\leq$ 250 — 0,1 U/Kg/dosis - > 250 mg/dl $\leq$ 300 — 0,15 U/Kg/dosis - > 300 mg/dl — 0,2 U/Kg/dosis - glucosuria y cetonuria — 0,2 U/Kg/dosis Siempre, antes de inyectar insulina, realizar en la sala de internación o en laboratorio, glucemia, glucosuria y cetonuria.

	Si el tratamiento insulínico fue por vía EV, se discontinuará la infusión de insulina dos horas más tarde de la primera corrección subcutánea. A las 24 horas se puede iniciar o retomar la insulinoterapia de base con el esquema que se considere apropiado, aunque en los pacientes que hicieron cuadros graves conviene mantener el esquema de administración con insulina regular cada 4-6 horas durante el segundo día del tratamiento

10. SITUACIONES ESPECIALES

10.1. INFECCIONES INTERCURRENTES

Los niños con diabetes, en presencia de enfermedades intercurrentes, especialmente virales o bacterianas (gastroenteritis, infecciones respiratorias, etc.), pueden presentar hipoglucemia (anorexia, nauseas y vómitos) o hiperglucemia con cetosis (por aumento de los requerimientos de insulina).

Siempre en el curso de una infección, el paciente debe controlar sus niveles de glucemia, glucosuria y cetonuria cada 4 horas.

• hipoglucemia

— con anorexia, náuseas o vómitos: Aplicar un tercio o la mitad de la dosis correspondiente de insulina, pudiendo completarse la dosis a lo largo del día y de acuerdo con la evolución

— sin anorexia, náuseas o vómitos: Dosis de insulina habitual después de haber probado tolerancia oral.

• hiperglucemia

— sin cetosis con glucemia de 200 a 300 mg/dl, dosis de insulina habitual y correcciones con insulina regular 0.1 U/Kg/dosis cada 4 horas

— con cetosis, dosis de insulina habitual y correcciones con insulina regular de 0.1 U/Kg/dosis cada 2 horas hasta la desaparición de la cetonuria

Es fundamental la administración de 2.5 a 5 mg de metoclopramida intramuscular cada 6 horas según la edad para cohibir los vómitos y una adecuada administración de líquidos para prevenir la deshidratación, en forma de caldos, gelatinas y jugos de frutas para sustituir las pérdidas de liquido, electrolitos y carbohidratos.

En caso de persistir los vómitos o no mejorar la cetosis a pesar del tratamiento, se recomienda hospitalización e hidratación parenteral (ver cuadro)

Episodios recurrentes de descompensación cetósica son el resultado de un pobre control metabólico por incumplimiento en el tratamiento, principalmente omisión de dosis de insulina, e irregularidades en la dieta. La omisión del automonitoreo puede condicionar un déficit crónico de insulina (por no conocer los verdaderos requerimientos) y eventualmente la presencia de episodios de cetosis.

Reglas para el manejo de niños con diabetes que presentan enfermedades intercurrentes.

Recomendaciones para los padres

• Nunca suspenda la dosis habitual de insulina, puede en cambio fraccionarla a lo largo del día

• Controle la glucemia, glucosuria y cetonuria cada 4 horas y corrija con insulina regular con el esquema indicado por el médico tratante

• Ofrezca líquidos (té, caldo, jugos de fruta, agua bicarbonatada) con aporte de glucosa para evitar la hipoglucemia

• Contacte con el equipo médico para informar el resultado de los análisis y recibir orientaciones sobre la conducta a seguir.

Lleve al niño al Hospital si:

— persisten los vómitos
— persiste la cetonuria
— persiste la hiperglucemia
— presenta confusión mental
— presenta dolor abdominal intenso
— presenta dolor de cabeza intenso
— presenta respiración profunda o dificultosa

10.2 CIRUGIA

Fisiológicamente el estrés quirúrgico provoca en el individuo sano una serie de cambios hormonales y metabólicos caracterizados por un aumento en la secreción de las hormonas contrarreguladoras (glucagon, catecolaminas, cortisol y hormona de crecimiento) y disminución de la secreción de insulina. Esto lleva a un aumento de la gluconeogénesis, glucogenólisis, lipólisis y proteólisis.

En el paciente con diabetes este proceso catabólico es más exagerado y pueden producirse hiperglucemias severas, deshidratación y aun cetoacidosis. Por lo tanto, el principal objetivo en el manejo de estos pacientes es prevenir el catabolismo producido por estrés, con la administración de insulina y líquidos, y así mantener un normal control metabólico.

Cirugía programada

• Hospitalizar al paciente 24 horas antes del acto quirúrgico manteniendo la dosis habitual de insulina NPH y correcciones con insulina regular antes de las comidas para mantener la glucemia aproximadamente entre 100 y 180 mg/dl

• Intervenir de preferencia temprano en la mañana

• El día de la intervención, previo a la cirugía: suspender la dosis de insulina NPH de la mañana y hasta el momento del acto quirúrgico realizar controles de glucemia y administrar insulina regular subcutánea cada 2 a 4 horas para mantener glucemias entre 150-180 mg/dl (8 y 10 mmol/l). Durante la cirugía se realizarán glucemias y correcciones si fueran necesarias cada hora.

• El día posterior a la cirugía, el niño realizará sus controles de rutina y recibirá su dosis de insulina NPH y correcciones con insulina regular habituales

• Hidratación: se mantendrá por vía endovenosa una solución preparada con 1/3 de solución salina 0.9%, (NaCI 50 mEq./l) más 2/3 de solución dextrosada al 5% y KCI 25 mEq./l, con un flujo de 2500 ml/m2/24 horas. Es conveniente mantener un suero glucosado al 5% en paralelo que permita aumentar el flujo de glucosa rápidamente en caso de necesidad.

Cirugías breves

• Sin anestesia general, mantener o fraccionar la dosis de insulina de acción intermedia de la mañana de acuerdo con el criterio del médico tratante

• Correcciones con insulina regular según necesidad

Cirugía de emergencia: interrogar sobre

• Administración de insulina (tipo, dosis y horario de aplicación)

• Comenzar la cirugía sin acidosis, salvo casos extremos

• Control glucémico estricto para prevenir hipoglucemias.

Post operatorio

• Mantener infusión endovenosa con la misma solución hasta tolerancia oral

• Controles de glucemia, glucosuria y cetonuria cada 4-6 horas, corrigiendo según esquema.

• En caso de hipoglucemia se aumentará el flujo de glucosa con dextrosado al 5% en paralelo.

• Reiniciar el tratamiento insulínico habitual después de comprobar buena tolerancia oral.

10.3 ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENTE CON DIABETES

El embarazo en la adolescente con diabetes es de muy alto riesgo, especialmente si no es programado. Es importante por lo tanto informar a las pacientes para que tomen conciencia de las complicaciones que implica el embarazo accidental o no deseado.

Los métodos contraceptivos de elección son los de barrera, aunque también pueden usarse contraceptivos orales trisecuenciales con bajas dosis de estrógeno/progesterona, o bajas dosis de progesterona y estrecha supervisión médica.

En caso de desear el embarazo, la paciente debe ser atendida por personal especializado en una institución adecuada realizando consulta preconcepcional.

No es propósito de este capítulo el tratamiento del embarazo en sí.

GLOSARIO Y REFERENCIAS

DM Tipo 1: Diabetes Mellitus Tipo 1

Superficie Corporal (S.C.): Se obtiene en nomogramas. Cuando la relación peso para la talla es normal, puede calcularse de la siguiente forma:

S.C. = (Peso x 4 + 7) / 90 + Peso

Equivalencias entre mg y mmol de glucosa:
1mol de glucosa es equivalente a 180 g

Peso molecular de la glucosa = 180. Por lo tanto 1 mmol = 180 mg

Para convertir una glucemia de 100 mg/dl en mmol/l o viceversa:

$$\text{Glucemia en mmol/l} = \frac{\text{glucemia en mg/dl}}{18}$$

Glucemia en mg/dl = glucemia en mg/dl = glucemia en mmol/l x 18

Por ejemplo, una glucemia de 100 mg/dl será equivalente a 5.55...

En términos para recordar:

100 mg/dl	5.55 mmol/l
150 mg/dl	8.3 mmol/l
200 mg/dl	11 mmol/l
250 mg/dl	13.88 aprox. 14 m

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

INTRODUCCION:

El continuo aumento de la prevalencia de la Diabetes Tipo II, motivado por la prolongación en el aumento de vida, el mejor diagnóstico de la enfermedad y los progresos en la terapéutica, hacen que esta patología haya tomado el carácter de verdadera epidemia. En nuestro país, dicha prevalencia se estima en un 5 a 7% de la población mayor de 20 años (1.500.000 a 1.800.000 pacientes), calculándose que en los últimos años aumentará entre un 25 y un 50% por los factores mencionados precedentemente.

Conjuntamente, si las personas con diabetes no realizan un control adecuado y permanente aumenta la posibilidad de aparición de las complicaciones tardías invalidantes. Así, la diabetes no tratada adecuadamente es causa de:

— 15% de los infartos agudos de miocardio.

— 48 % de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores.

— 13% de los pacientes en hemodiálisis

— Primer causa de ceguera no traumática en adultos.

Esta situación conlleva una pesada carga socioeconómica para la comunidad y particularmente para el sector salud.

Agrava este panorama, que entre un 30 y un 50% de los enfermos desconocen su afección, sea por encontrarse asintomáticos o porque los síntomas no han sido reconocidos como tales. Esta circunstancia hace que muchos de ellos, cuando por fin se realiza el diagnóstico correcto, son ya portadores de una complicación tardía que ensombrece el pronóstico.

DIAGNOSTICO

La Diabetes Mellitus (DM) se sospecha ante la presencia de los síntomas habituales: polidipsia, poliuria, polifagia y alteraciones en el peso corporal. De no existir síntomas, debe sospecharse la posibilidad de una DM en la población siguiente:

1. Obesos (Indice de Masa Corporal (IMC) $\geq$ 30%).

2. Con un familiar de primer grado diabético.

3. Con diagnóstico previo de Diabetes Gestacional o peso del recién nacido > 4,500 kgs.

4. Hipertensos (TA> 140/90).

5. Dislipidemias: Colesterol HLD $\leq$ 35 mg/dl y/o Triglicéridos $\geq$ 250 mg/dl.

6. Cuando en evaluaciones previas se haya encontrado Tolerancia a la Glucosa alterada valores de 2 hrs. Postcarga de 75 grs. de glucosa $\geq$140 y < 200 mg/dl. o Glucemia en Ayunas alterada: valor $\geq$ 110 y < 126 mg/dl.

DIAGNOSTICO DE CERTEZA

Según los criterios adaptados del documento de la American Diabetes Association, se consideran diabéticas las personas que presentan.

1. Síntomas de DM y —además— valores de glucosa plasmática obtenida al azar (en cualquier momento del día, sin considerar el tiempo transcurrido desde la última ingesta) $\geq$ 200 mg/dl.

2. Glucosa plasmática en ayunas (de por lo menos 8 hrs) $\geq$ 126 mg/dl.

3. Glucosa plasmática a las 2 hrs. de una prueba oral de sobrecarga (75 grs. de glucosa anhidra disuelta en 375 ml. de agua) $\geq$ 200 mg/dl.

TRATAMIENTO

Cada persona con Diabetes plantea problemas diferentes de acuerdo a una serie de condiciones individuales que pueden resumirse de la siguiente forma:

1. Edad de comienzo mayor de 40 años (precauciones especiales en el paciente añoso).

2. Sobrepeso u obesidad en el momento del diagnóstico.

3. Sintomatología habitualmente escasa o aún ausente.

4. Enfermedades concomitantes: hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad coronaria a edades tempranas.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta todas las variantes que puede presentar cada paciente debe adoptarse un tratamiento personalizado sin esquemas rígidos.

Los Objetivos terapéuticos son:

1. Lograr la desaparición de los síntomas.

2. Modificar los hábitos perjudiciales que al mismo tiempo significan factores de riesgo para complicaciones tardías (alcohol, tabaquismo, sedentarismo, etc.).

3. Normalizar el estado nutricional.

4. Prevenir complicaciones agudas y crónicas.

5. Reducir la mortalidad.

6. Tratar las enfermedades asociadas.

7. Mejorar la calidad de vida

Las MEDIDAS TERAPEUTICAS son:

— Educación diabetológica

— Tratamiento no farmacológico

— Tratamiento farmacológico

EDUCACION DIABETOLOGICA

Comprende el objetivo fundamental del aprendizaje de medidas que permiten un cambio de actitud en el paciente, con asunción de su patología y la participación activa y responsable en el tratamiento y control metabólico de su enfermedad.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Los tres elementos básicos son:

— Plan de alimentación

— Actividad física

— Adquisición de hábitos saludables

PLAN DE ALIMENTACION

Es un pilar fundamental del tratamiento, una alimentación adecuada permite controlar signos, síntomas y consecuencias de esta patología. Deberá ser personalizado, fraccionado y adaptado a las condiciones de vida, edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y accesibilidad a los alimentos.

ACTIVIDAD FISICA

Debe ser regular, controlada y dependerá de la edad, del grado de entrenamiento previo y la condición física en el momento de la indicación. Deberán hacerse ejercicios aeróbicos, preferentemente caminatas, sistemáticos y de intensidad adecuada.

HABITOS SALUDABLES

Fundamentalmente eliminar el tabaco, disminuir sedentarismo, realizar controles médicos periódicos, atenuar el distrés de la vida cotidiana, etc.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Si después de un tiempo de mantener el plan de alimentación y la actividad física se considera que no se ha conseguido una adecuada regulación del control metabólico, debe comenzarse con la administración de medicamentos antidiabéticos.

Para interpretar adecuadamente la acción y por ende la indicación de cada fármaco, es conveniente considerar algunos mecanismos fisiopatogénicos de la DBT2.

En la fisiopatogenia de la diabetes tipo 2, se describen los siguientes defectos en el metabolismo de la glucosa:

a) Menor utilización periférica de la glucosa.

b) Mayor producción hepática de glucosa.

c) Disminución en la secreción pancreática de insulina.

Los dos primeros son secundarios a una resistencia a la acción de la insulina o insulinoresistencia (IR), principalmente a nivel post-receptor.

El 80% de la captación de glucosa estimulada por la insulina ocurre en el músculo esquelético, encontrándose significativamente disminuida en la DBT2. Se cree que la IR es la primera alteración en la historia natural de la DBT2, manifestándose ya, muchos años antes del diagnóstico de la enfermedad.

La célula beta, normalmente, responde al aumento de la IR con una mayor secreción basal y postprandial de insulina. Mientras que su capacidad insulina-secretora se mantenga intacta, la IR será contrarrestrada y no habrá hiperglucemia. Sin embargo, si es insuficiente su capacidad compensadora, aparecerá en primer lugar hiperglucemia post-prandial (por caída del primer pico secretor de insulina) ocasionando Intolerancia oral a la glucosa. Si la disfunción compensadora de la célula Beta progresa (por que persiste el factor que aumenta la IR) la hiperglucemia también va a ser en ayunas, manifestándose Diabetes Mellitus.

La disfunción de la célula beta estaría determinada genéticamente y la posibilidad de expresarse clínicamente depende de la influencia de diversos factores que afectarían la IR (obesidad, sedentarismo, dislipemias, drogas u otros) y/o la célula beta (corticoides, stress quirúrgico, infeccioso, vascular, pancreatitis, etc.).

En consecuencia, los objetivos terapéuticos en la DBT2 se deberían dirigir a corregir tanto el defecto primario, la IR, como la secreción de insulina. Además de prevenir hiper e hipoglucemias, evitar complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes y mejorar la calidad y pronóstico de vida.

* Drogas con acción hipo o normo glucemiantes

Teniendo en cuenta, el o los niveles del metabolismo de los hidratos de carbono sobre los cuales los fármacos ejercen sus efectos terapéuticos, éstos serán agrupados como:

a) Drogas que mejoran la sensibilidad a la insulina.

b) Drogas que predominantemente mejoran la secreción insulínica.

c) Drogas que mejoran la sensibilidad y la secreción insulínica.

d) Drogas que disminuyen la absorción de glucosa.

e) Drogas que indirectamente mejoran la sensibilidad a la insulina.

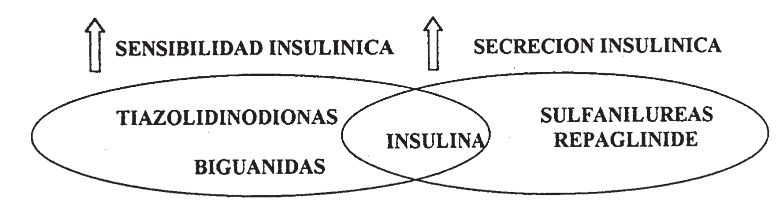


TABLA Nº1. Drogas según su mecanismo de acción

	MECANISMO DE ACCION				
DROGAS	SECRECION INSULINICA	SENSIBILIDAD INSULINICA PERIFERICA	SENSIBILIDAD INSULINICA HEPATICA	ABSORCION DE GLUCOSA	INDIRECTOS
SULFANILUREAS	⇧⇧⇧	⇧	⇧	0	0
BIGUANIDAS	0	⇧	⇧⇧⇧	0	• ⇩ Apetito • ⇩ Peso
TIAZOLIDINODIONAS	0	⇧⇧⇧	⇧	0	0
INSULINAS	⇩	⇧⇧⇧	⇧⇧⇧	0	0
INHIBIDORES DE LA ALFA GLICOSIDASA	0	0	0	⇩⇩	0
INHIBIDORES DE LIPASAS PANCREATICAS	0	0	0	0	• ⇩ Absorción de Grasas • ⇩ Peso
SEROTONINERGICOS Y LIPOLITICOS	0	0	0	0	• ⇩ Peso

TABLA Nº 2. Drogas según: rango de dosis diaria (RDD), Nº dosis diaria (NDD), vida media (VM), duración de acción (DA) y presentación comercial (PC).

La tabla siguiente resume el rango de dosis diaria, el número de dosis, la vida media, duración de acción y presentación comercial de cada fármaco.

DROGA	RRD	NDD	VM	DA	PC
Clorpropamida	100 - 500 mg/d	1	36 hs	60 hs	250 mg
Glibenclamida	2,5 - 20 mg/d	1 - 2	10 hs	16-24 hs	5 mg
Glipizida	2.5 - 40 mg/d	1 - 3	3 hs	12 hs	5 mg
Gliclazida	80 - 240 mg/d	1 - 2	8 - 10 hs	12 hs	80 mg
Glimepirida	1 - 8 mg/d	1	5 hs	24 hs	2 y 4 mg
Metformina	500 - 2550 mg/d	1 - 3	3 - 6 hs	6 - 12 hs	500 - 850 mg
Acarbose	75 - 300 mg/d	3		N/A *	50 - 100 mg
Troglitazone	200 - 600 mg/d	1	16 - 34 hs	> 24 hs	200 - 400 mg
Repaglinide	3 - 9 mg/d	3	1 h	2-3 hs	1-2 y 3 mg
Orlistat	240 - 360 mg/d	3		N/A**	120 mg
Sibutramina	5 - 20 mg/d	1			10 mg
Insulina NPH	N/A ***	1 - 3		12-18	40-80-100 U/ml
Insulina Regular S/C	N/A ***	1 - 4		5-8	40-80-100 U/ml
Lyspro S/C	N/A***	1 - 4		3-4	100 U/ml
Ultralenta	N/A ***	1 - 2		24-36	100 U/ml

N/A: no aplicable.

* Depende del volumen de hidratos de carbono ingerido.

** Depende del volumen de grasas ingeridas.

*** Altamente variable para cada paciente.

CRITERIOS DE CONTROL

El tratamiento adecuado y correcto permite alcanzar y mantener los objetivos mencionados precedentemente. Los parámetros clínicos y de laboratorio que confirman que dicho control es el adecuado, se resumen en las siguientes tablas:

Parámetros		**Objetivo**
Glucemia ayunas mg/dl	<65 años >65 años	<110 <130
Glucemia postprandial mg/dl	<65 años >65 años	<140 <160
HbA1c(%)		<7.0
Colesterol Total mg/dl		<200
Colesterol HDL mg/dl		>40
Colesterol LDL mg/dl		<130
Triglicéridos mg/dl		<150
Presión Arterial mmHg		<135/85
IMC		<26

En caso de pacientes con dificultades (sin posibilidad de revertirlas):

- Visuales severas.

- Sociales (que viven solos).

- Económicas (limitación para acceder a medicamentos).

- Intelectuales.

O que presenten una perspectiva de vida disminuida por:

- Edad muy avanzada.

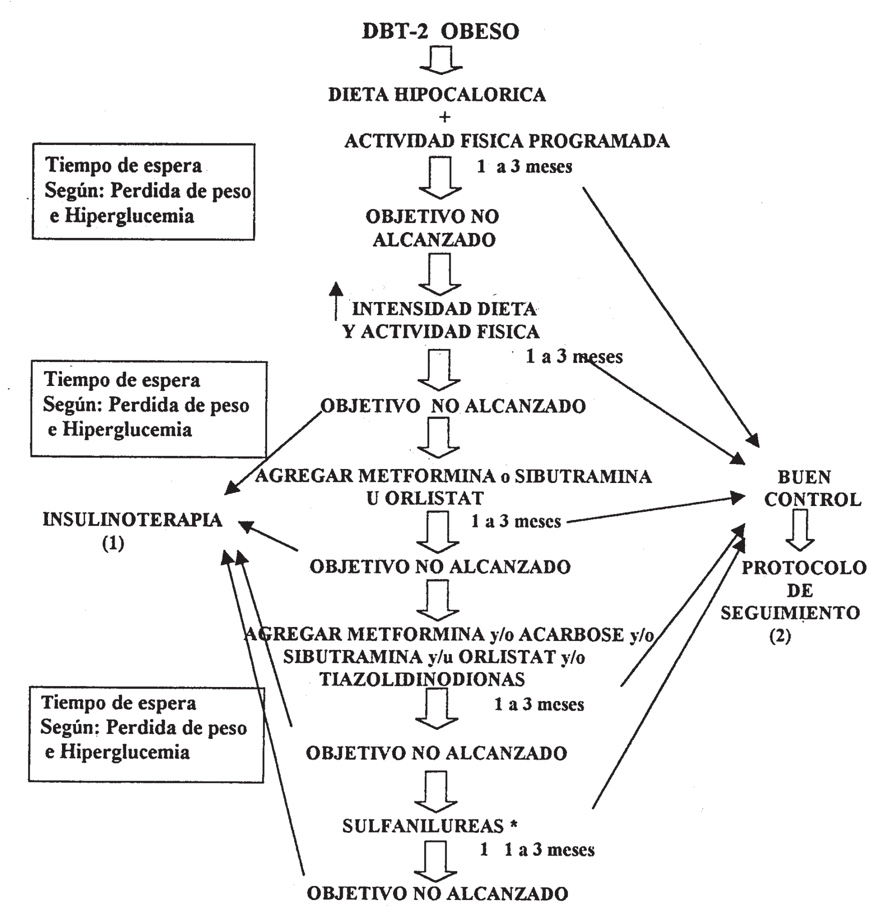
- Coexistencia de enfermedades concomitantes en estadios avanzados (Insuficiencia renal, hepática o cardíaca, etc.)

- Enfermedades neoplásicas sin posible curación.

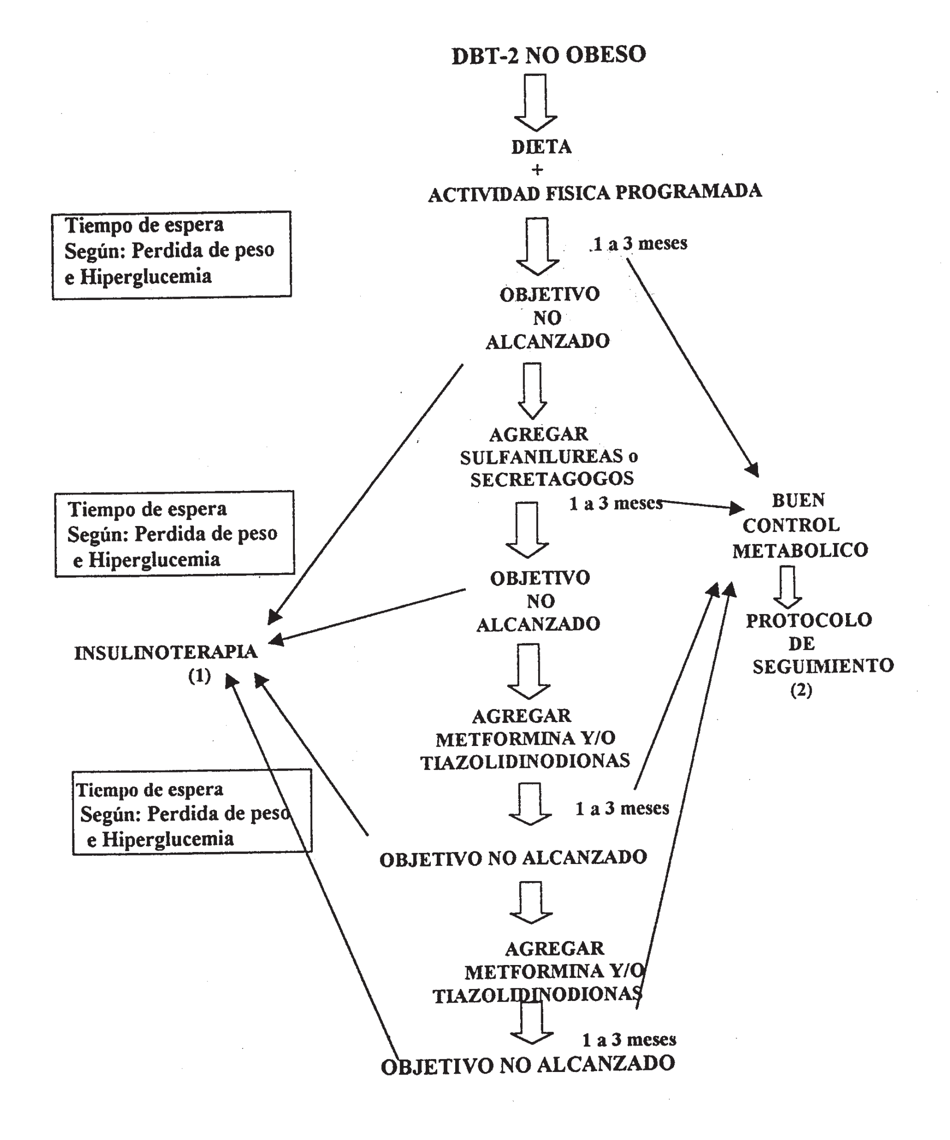
Considerar los siguientes objetivos:

Parámetros		**Objetivo**
Glucemia ayunas mg/dl	<65 años >65 años	<140 <160
Glucemia postprandial mg/dl	<65 años >65 años	<180 <200
HbA1c(%)		<8.0
Colesterol Total mg/dl		<250
Colesterol HDL mg/dl		>35
Colesterol LDL mg/dl		<160
Triglicéridos mg/dl		<200
Presión Arterial mmHg		<150/90
IMC		25 - 30

ALGORITMOS DE TRATAMIENTO



* La prescripción de sulfanilureas en diabèticos obesos esta en la actualidad en discusión



(1)* Iniciar insulinoterapia con NPH o Ultralenta Nocturna, antes de acostarse (bed time). Comenzar con dosis baja (< de 14 U) y corregir con insulina corriente o lyspro según glucemias preprandiales.

Si requiere correcciones frecuentes, dar dosis fijas de corriente o lyspro antes de cada comida.

(2)* Protocolo de seguimiento

De consultas médicas

- Cada 7 a 14 días: si el paciente pierde peso y presenta hiperglucemia sostenida y significativa (si el 80% de las glucemias del monitoreo capilar son superiores a 200 mg%). Si presenta un cuadro infeccioso en curso (del tracto urinario, respiratorio, etc.). Si se inició Insulinoterapia.

- Cada 30 días: con hiperglucemia significativa pero sin pérdida de peso. Para evaluar un tratamiento de reciente prescripción (dieta y actividad física, con o sin farmacoterapia asociada).

Obesos que requieran control estricto del peso.

- Cada 60 días: sin pérdida de peso, con hiperglucemias leves a moderadas (entre 140 y 200 mg%).

Pacientes en insulinoterapia bien controlados.

- Cada 90 días: pacientes bien controlados, estables y dentro de los objetivos terapéuticos deseados. Sin intercurrencia infecciosa, cardiovasculares (de reciente comienzo), quirúrgica programadas ni otras endocrinopatías o drogas que afecten directamente al control metabólico (ej: corticoterapia aguda o crónica).

De estudios o procedimientos complementarios.

ESTUDIOS	SIN ANORMALIDAD PREVIA	CON ANORMALIDAD PREVIA
Hemoglobina Glicosilada A1c	Cada 3 a 6 meses	Cada 3 meses
Col Total, HDL, LDL y Triglicéridos	Cada 2 - 3 meses	Cada l a 2 meses
Clearence de Creatinina	Cada 6 a 12 meses	Cada 1 a 3 meses
Proteinuria 24 hs	Cada 6 a 12 meses	Cada 1 a 3 meses
Microalbuminuria 24 hs	Cada 6 a 12 meses (si proteinuria es negativa)	Cada 3 meses (si proteinuria es negativa)
Glucemia de ayunas y post-prandial a las 2 hs	Cada 2 meses	Cada 30 o menos días
Orina completa.	Cada 2 meses	Cada 30 o menos días
Fondo de ojo	Cada 12 meses	Cada 6 meses.
Retinofluoresceinografía	Cada 24 meses	Cada 6 ó 12 meses
Control cardiológico	Cada 6 a 12 meses	Cada 3 ó 6 meses
Evaluación de pies.	Cada 6 meses	Cada 7 días (con úlceras o infecciones bacterianas). Cada 60 o menos días con pie de riesgo o sin lesiones.

Consideraciones a tener en cuenta al elegir la droga, dosis inicial o cambio de dosis: Parámetros clínicos del paciente y ventajas o desventajas de cada droga:

Parámetros del paciente:

- Pérdida de peso, su velocidad e intensidad.

- Edad.

- Función renal.

- Función hepática.

- Cardiopatía.

- Magnitud de la hiperglucemia.

Para finalizar, se destaca que todos los fármacos anteriormente considerados para el tratamiento de individuos con DBT II, son terapéuticas complementarias al plan de alimentación y a la actividad física programada.

DIABETES Y EMBARAZO

La asociación de diabetes y embarazo constituye actualmente uno de los desafíos más importantes desde el punto de vista diabetológico, obstétrico, neonatológico y de salud pública.

En la década de 1980 los avances logrados aclararon hipótesis e instituyeron nuevos métodos de diagnóstico, seguimiento y control que disminuyeron las tasas de mortalidad perinatal hasta llevarlas a valores semejantes a los de la población general.

El correcto control glucémico preconcepcional ha logrado reducir las malformaciones congénitas y el adecuado tratamiento metabólico durante el parto ha disminuido las hipoglucemias neonatales.

Queda por delante toda la morbilidad en el niño, meses o años después del nacimiento y la eventual diabetes alejada de la madre.

Para mantener los logros mencionados y aún mejorarlos, disponemos de elementos fundamentales:

Las pautas de diagnóstico, seguimiento y tratamiento, el equipo de trabajo (diabetólogo, obstetra y neonatólogo), la participación activa de la embarazada actuando en forma conjunta, con una fluida comunicación, apoyados en una infraestructura de complejidad adecuada.

En nuestro país hay centros aislados que cumplen con estos requisitos, pero esto no es uniforme, no pudiendo escapar de la realidad latinoamericana donde este problema aún no ha podido ser solucionado, constituyendo una candente y dolorosa situación.

2. DIABETES GESTACIONAL

2.1. DEFINICION

La diabetes gestacional (DG), se define como la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad y evolución variables que comienza o se reconoce por primera vez durante el presente embarazo.

Esta definición es aplicable, independientemente de si requiere o no insulina en el tratamiento y si la alteración persiste o no después del embarazo. No excluye la posibilidad de que la intolerancia a la glucosa haya estado presente antes de la gestación sin ser reconocida o continúe al finalizar la misma.

2.2. CLASIFICACION

Se adopta la de Freinkel porque en ella se establecen diferencias en la severidad del trastorno metabólico.

A1: glucemia en ayunas < 105 mg/dl con POTG anormal.

A2: glucemia en ayunas entre 105-129 mg/dl.

B1: glucemia en ayunas mayor o igual a 130 mg./dl.

2.3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El primer parámetro a considerar es la glucemia en ayunas.

Si el valor de la glucosa plasmática en ayunas es de 105 mg/dl repetida en 2 determinaciones con 7 días de diferencia se diagnostica DG.

Es fundamental hacer la evaluación del metabolismo hidrocarbonado en todas las embarazadas entre la 24ª y 28ª semana, utilizando la prueba de carga que propone la OMS (Tabla 1).

En las embarazadas sin factores de riesgo que presenten valores entre 140 mg/dl y 150 mg/dl consideramos conveniente repetir el estudio a la semana, a fin de evitar sobrediagnóstico por problemas técnicos.

En gestantes con ambos resultados dentro de límites normales, pero que presentan factores de riesgo para desarrollar DG, se debe repetir el estudio entre la 31 y 33 semana de amenorrea.

TABLA 1

En caso de que el resultado sea menor de 105 mg/dl se realiza una carga de 75 g de glucosa en 375 cc de agua, tal como lo propone la O.M.S. Este estudio se utiliza para la pesquisa, es decir que con un sólo análisis estamos en condiciones de identificar a las pacientes con D.G. Se considera diabética gestacional a toda paciente que presente un valor de 140 mg/dl o más a los 120 minutos postcarga.

2.4. CONTROL Y SEGUIMIENTO CLINICO PRENATAL

La consulta médica diabetológica será quincenal hasta las 32 semanas de gestación y luego semanal, siempre que no exista una intercurrencia que haga necesario un control más frecuente.

2.4.1. EVALUACION CLINICA

En la primera consulta se incluirá anamnesis y semiología habitual. Luego, en cada visita se repetirá el examen físico, evaluando especialmente la curva de peso, el índice de masa corporal (IMC), la presencia de edema de miembros inferiores, tensión arterial, altura uterina, movimientos y latidos fetales.

2.4.2. EVALUACION NUTRICIONAL

La ganancia de peso ideal durante la gestación depende del estado nutricional previo (Tabla 2).

2.4.3. No es conveniente el descenso de peso durante el embarazo ni aún en las obesas.

Tabla 2

Ganancia de Peso durante el embarazo

ESTADO NUTRICIONAL PREVIO	GANANCIA DE PESO RECOMENDADA (en kg)
Bajo peso (IMC < 19.8)	12.5 a 18
Peso normal (IMC < 19.8-26)	11 a 16
Sobrepeso (IMC 26.1-29)	7 a 11
Obesidad (IMC > 29)	7

IMC = Peso/talla 2

2.4.4. EVALUACION METABOLICA: CRITERIOS DE CONTROL Para poder evitar o disminuir la frecuencia de las complicaciones maternofetoplacentarias es necesario lograr normoglucemia durante las 24 horas del día. La meta a conseguir se muestra en Tabla 3.

Tabla 3

Metas para el control metabólico

GLUCEMIA	
En ayunas	60-90 mg/dl
Preprandial	60-105 mg/dl
1 hora posprandial	110- 130 mg/dl *
2 horas posprandial	90-120 mg/dl
2-6 horas	60-120 mg/dl
Cetonuria	Negativa
Hemoglobina glucosilada	Normal
Fructosamina	Normal
Sin hipoglucemia	Evitar valores < 60 mg/dl

*Determinada únicamente empleando reflectómetro.

2.4.5. AUTOMONITOREO GLUCEMICO Y CETONURICO

La frecuencia sugerida para el automonitoreo glucémico y cetonúrico se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4

Clase A1 y A2 Sin insulina	Glucemia	-Ideal: 1 preprandial y 2 posprandial por día. -Mínima: 1 preprandial o 1 posprandial por día
	Cetonuria	-Ideal: 1 en ayunas por día. -Mínima: 3 en ayunas por semana
Clase A2 y B1	Glucemia	-Igual a la Diabetes Pregestacional
Con insulina	Cetonuria	-Igual a la Diabetes Pregestacional

2.4.6. LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio de rutina obstétrica: en el primer trimestre se solicitará rutina general, urea, glucemia, ácido úrico, hemograma, hepatograma, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRI, serología para toxoplasmosis, chagas y rubeola. En el tercer trimestre se reiterará el hemograma, la VDRL y la serología para toxoplasmosis.

Laboratorio diabetológico específico:

- Hemoglobina glucosilada inicial y cada 4 ó 6 semanas.

- Fructosamina cada 3 semanas: esta prueba es más económica, de fácil realización, no es afectada por los cambios hematológicos y hemodinámicos del embarazo y refleja las cuatro últimas semanas de control.

- Recuento mensual de leucocitos en orina la muestra debe ser recogida en forma aséptica.

- Urocultivo: en caso de sedimento patológico.

Evaluaciones complementarias:

- Fondo de ojo.

- Función renal.

- Evaluación cardiológica.

- Consulta odontológica.

2.5. TRATAMIENTO

Se basa en los pilares tradicionales: educación, plan de alimentación, insulina actividad física.

2.5.1. EDUCACION

Es imprescindible y deberá adecuarse a las posibilidades de cada servicio; la educación puede ser ambulatoria o realizarse durante una internación breve. Debe incluir los siguientes temas:

- Importancia del control metabólico para prevenir las complicaciones maternofetoneonatales.

- Técnica e indicaciones del automonitoreo glucémico y cetonúrico.

- Plan de alimentación cualitativo y cuantitativo.

- Si se requiere insulinoterapia: origen y tipo de insulina, jeringas, técnica de inyección, diagnóstico y prevención de la hipoglucemia.

- Importancia de la reclasificación posparto. Posibilidad de desarrollar diabetes gestacional en próximos embarazos y/o diabetes mellitus en el futuro.

2.5.2. PLAN DE ALIMENTACION

El plan de alimentación durante el embarazo debe tener las siguientes finalidades y seguir estas recomendaciones

1. Asegurar el correcto estado de nutrición.

2. Aportar la energía y los principios nutricionales suficientes en forma armónica para el desarrollo del producto de la concepción y obtener una ganancia de peso adecuado (entre 10-12 kg. total).

3. Evitar las hiperglucemias posprandiales y disminuir los riesgos de la descompensación cetoacidótica.

4. Prevenir las hipoglucemias.

5. Evitar la cetosis de ayuno.

6. Favorecer la lactancia.

Recomendaciones

Los requerimientos alimentarios para la embarazada diabética son iguales a los de la embarazada no diabética.

1 - Valor calórico total

De acuerdo con la edad, peso deseable y actividad física, agregándose 400 calorías diarias a partir del segundo trimestre, para mantener una progresión estimada de peso de 650 g. en la décima semana y 350 g. aproximadamente por semana después del segundo trimestre.

2 - Hidratos de carbono y grasas.

En iguales proporciones al plan de alimentación de la embarazada no diabética.

3 - Proteínas.

Se lo agregarán 30 g. de proteínas por día a las recomendadas para un plan de diabética no embarazada (equivalente a 1.3 g/kg/peso deseable).

4 - Vitaminas

Acido fólico: se suplementará con 400 µ gramos diarios de ácido fólico, pues es difícil cubrir su requerimiento sólo con la alimentación.

5 - Minerales

- Hierro: dada la alta prevalencia de mujeres anémicas en nuestro país y la dificultad de aportar suficiente cantidad de este mineral por medio de la alimentación, se aconseja una suplementación farmacológica de 124-140 mg. diarios.

- Oligoelementos: se asegurarán con una alimentación lo más variada posible.

6 - Fibra

Durante el embarazo no se ha demostrado que sea recomendable aumentar el contenido de fibra con respecto al plan de alimentación de la gestante no diabética, salvo en situaciones especiales.

7 - Cafeína y alcohol

Se recomienda no incluirlos en el plan de alimentación.

8 - Edulcorantes no calóricos

Se aconseja su utilización en forma prudente, aunque no están comprobadas contraindicaciones en seres humanos.

9 - Edulcorantes calóricos

Iguales indicaciones que para el plan de alimentación de la diabética no embarazada.

10 - Fraccionamiento.

Igual a las consideraciones para el plan de alimentación de la diabética no embarazada.

Situaciones especiales

- Obesidad: no se recomienda la utilización de planes de alimentación con cifras inferiores a 1700 calorías ni con menos de 170 g. de hidratos de carbono.

- Hipertensión y edema: no se reducirá el Na a menos de 1500 mg. diarios (aproximadamente a 4 g. ClNa).

- Constipación: se puede incrementar el aporte de fibra evaluando la tolerancia digestiva y aumentando la ingesta de agua.

- Adolescentes embarazadas: aumentar la cuota de proteínas entre 1.5 y 1.7 g/kg peso deseable.

Lactancias Igual a las recomendaciones para la diabética no embarazada, agregando: - Valor calórico: 600 calorías más por día. - Proteínas: 20 g. más por día. - Calcio: 2 g. por día. - Hierro: suplementar 2 ó 3 meses posparto para que el organismo recupere sus reservas. - Cafeína y alcohol: mantener la restricción.

Tabla 5

Plan de alimentación durante el embarazo

	TRIMESTRE		
	1	2-3	lactancia
Valor calórico total	30-35 cal/kg teórico	+ 400 cal/día	+ 600 cal/día
Hidratos de Carbono	50-55%	+ 30 g/día	+ 20 g/día
Proteínas*	12-20%		
Grasas	Hasta 30%		
Fibras	25 g/1000 cal		
Suplemento	Fe: 120-140 mg/día Acido fólico 400 µ /día Ca: 2g día	Fe: 120-140 mg/día Acido fólico 400 µ /día Ca: 2g día	Fe: 120-140 mg/día Acido fólico 400 µ /día Ca: 2g día

*Adolescentes embarazadas: aumentar la cuota de proteínas entre 1.5 y 1.7 g/kg/peso deseable.

2.5.3. ACTIVIDAD FISICA

El American College of Obstetric and Gynecology considera que la diabetes es una contraindicación relativa para el ejercicio durante el embarazo, pero sugiere la evaluación individual

- Las mujeres que practican ejercicio físico antes del embarazo puede seguir haciéndolo en forma moderada.

- Las que no realizan actividad física regularmente no es conveniente que comiencen durante la gestación con ejercicios que demanden grandes esfuerzos.

- Los ejercicios más aconsejables son los que activan la parte superior del cuerpo y los que producen actividad moderada en los músculos del tronco.

La actividad física está contraindicada:

- Si genera aumento de las contracciones uterinas.

- En embarazos múltiples.

- Durante una hipoglucemia o hiperglucemia con cetosis.

- En pacientes con antecedentes de infarto o arritmias (electrocardiograma).

2.5.4. INSULINOTERAPIA

Siempre que sea posible es conveniente orientar a la paciente al comenzar la insulinoterapia. En las clases A1 y A2 se indicará insulinoterapia sólo cuando después de una semana de cumplimiento del plan de alimentación los valores del monitoreo glucémico sean:

- ayunas>100 mg/dl

- posprandial (2 hs)>120 mg/dl

En la clase B1 se inicia el tratamiento con insulina junto al plan de alimentación en el momento del diagnóstico de diabetes gestacional.

Las dosis inicial depende de la glucemia en ayunas, peso y edad gestacional. Sugerimos 0.1 a 0.2 UI/Kg/día que se modificará según los valores del automonitoreo glucémico. En caso de utilizar más de 15 U/día se aconseja desdoblar la dosis. Dado que esta insulinoterapia es probablemente transitoria se recomienda prescribir insulina humana.

Los esquemas de insulinoterapia serán similares a los que se describirán en la sección de Diabetes presgestacional (Tabla 8).

2.6. INTERNACION DE LA EMBARAZADA CON DG

Es conveniente indicar la internación a partir de la semana 36. Las situaciones a tener en cuenta para definir el momento de la internación son:

Grado de control metabólico.

Situación sociocultural.

Distancia entre hospital y vivienda,

Negligencia materna.

Apoyo familiar.

Patología concomitante.

La aparición de complicaciones clínicas u obstétricas, como por ejemplo: infección urinaria alta, preeclampsia severa o descompensación metabólica, requiere internación inmediata en cualquier momento del embarazo.

2.7. TERMINACION DEL EMBARAZO

La diabetes no constituye "per- se" una indicación de cesárea. La vía vaginal se plantea en aquellas pacientes que presentan:

- Bienestar fetal.

Condiciones obstétricas favorables.

- No existen contraindicaciones en la vía y en los métodos de inducción del parto.

La cesárea electiva se indicará en aquellos casos que no cubran los requerimientos de la vía vaginal o frente al fracaso de los métodos de inducción, complicaciones del trabajo de parto o signos de sufrimiento fetal agudo.

Momento de terminación: será determinado en base a las complicaciones maternofetales y a su evolución. Si la paciente ha tenido buen control metabólico y los parámetros de salud y bienestar fetal son normales, se puede esperar el parto espontáneo a término, que es la situación ideal a la que se pretende llegar. No existe indicación para que el embarazo prosiga más allá de las 40 semanas de gestación confirmada.

2.7.1. INTERRUPCION DEL EMBARAZO

En las pacientes con mal control metabólico, macrosomía fetal o complicaciones, la interrupción del embarazo debe ser planificada, evaluando el bienestar fetal y la madurez pulmonar, tratando de indicar la interrupción lo más cerca posible del término.

Si se decide la interrupción del embarazo antes de las 36 semanas de gestación, se determinará previamente fosfatidilglicerol para confirmar la madurez pulmonar fetal. Si la amniocentesis no confirma la madurez pulmonar y hay compromiso materno o fetal, deben valorarse los riesgos. La madurez pulmonar puede ser acelerada administrando corticoides a partir de las 28 y hasta las 34 semanas de gestación bajo estricto control del diabetólogo, para evitar descompensaciones metabólicas.

El uso de simpaticomiméticos en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro también requiere un intensivo control metabólico y adecuación de la insulinoterapia. En RPM y cesárea deben indicarse antibióticos en forma profiláctica.

2.7.2 MANEJO DURANTE EL PARTO

Glucemia: en el trabajo de parto espontáneo o inducido, la meta es mantener la glucemia entre 80 y 120 mg/dl. Para ello se utilizará dextrosa al 5% a 40 gotas por minuto (125 ml/hra): la velocidad de goteo se ajusta de acuerdo con el monitoreo glucémico que se realizará cada 2-4 horas en las clases A1 y A2, sin tratamiento insulínico. En las diabéticas gestacionales con insulinoterapia se seguirán las mismas pautas que para diabetes pregestacional.

2.7.3 CESAREA

En las DG no tratadas con insulina, la conducta a seguir es igual a la de una mujer no diabética. Enviar a quirófano con solución dextrosada al 5% (influir a razón de 125 ml/hra). Es conveniente realizar un control glucémico durante la cesárea. En las DG que reciben insulina se seguirán las mismas pautas que en las diabéticas pregestacionales.

2.8 PUERPERIO

2.8.1 Inmediato (24 a 48 horas posparto)

DG sin tratamiento insulínico: la conducta a seguir es igual a la de un puerperio no diabético pero agregando controles glucémicos con tiras reactivas cada 6 horas. DG con tratamiento insulínico: seguir el mismo esquema que las diabéticas pregestacionales.

Se recomienda promover la lactancia materna.

2.8.2. Puerperio alejado. Reclasificación

Durante el puerperio las diabéticas gestacionales pueden permanecer con diabetes mellitus o normalizar sus glucemias. A pesar de ello tienen un elevado riesgo de desarrollar intolerancia a los hidratos de carbono o diabetes mellitus en el futuro.

Después del parto se debe controlar la glucemia dos veces por día durante las 72 horas siguientes.

Si durante el puerperio inmediato fueron normales se cita a la paciente semanas para realizar POTG según las normas de Organización Mundial de la Salud.

Según los resultados de la POTG, las pacientes se reclasifican como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6

Reclasificación posparto	
PTOG normal	Anomalía previa a la tolerancia a la glucosa
PTOG patológica	Diabetes Mellitus o intolerancia a los hidratos de carbono

2.9. ANOMALIA PREVIA DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA

- Realizar controles glucémicos periódicos.

- Lograr el peso ideal a través de una alimentación adecuada.

- Efectuar actividad física programada.

- Evitar medicamentos que puedan alterar el metabolismo de los hidratos de carbono.

Podrán utilizar anticonceptivos trifásicos

3 - DIABETES PREGESTACIONAL

3.1 Clasificación

Internacionalmente se utiliza la clasificación de P. White, basada en la edad del comienzo, la duración de la diabetes y la presencia de complicaciones vasculares. De acuerdo al tipo de diabetes previo al embarazo, se las puede clasificar en DMID o DMNID (Tabla 7)

Tabla 7

Clasificación de P. White

DIABETES MELLITUS

Clase	Edad de comienzo		Duración	Enfermedad Vascular
A		Gestacional		
B	> 20 años		> 10 años	NO
C	10-19 años	ó	> 10-19 años	NO
D	< 10 años	ó	< 20 años	o Retinopatía plana
F		cualquiera		Nefropatía
R		cualquiera		Retinopatía Proliferativa
H		cualquiera		Coronariopatía
T		Trasplante Renal		

3.2. EMBARAZO PROGRAMADO

Programar un embarazo implica evaluar determinados parámetros y corregir sus posibles alteraciones antes de comenzar la gestación, con la finalidad de obtener un niño sano y evitar riesgos en la salud de la madre.

Los objetivos son:

a) Prevenir las complicaciones maternas y fetoneonatales.

b) Evitar la evolución desfavorable de las patologías preexistentes en la madre. La programación de embarazo debe realizarse en todas las pacientes diabéticas, tanto en las insulinodependientes como en las no insulinodependientes. Debe implementarse un programa de cuidados preconcepcionales que consta de tres etapas:

3.2.1. Asesoramiento previo al embarazo

Debe comenzar al inicio de la pubertad y continuar hasta la menopausia, incluyendo:

a) Concientizar a la paciente y a su pareja de la importancia de programar el embarazo, destacando la importancia de la normoglucemia.

b) Elegir el método anticonceptivo.

c) Informar sobre los riesgos maternos, obstétricos, fetales y neonatales.

d) Brindar asesoramiento genético.

3.2.2 Evaluación de la paciente

Los Parámetros a evaluar son:

a) Metabolismo hidrocarbonado y lipídido.

b) Sistemia inmunohumoral: el hallazgo de títulos elevados de anticuerpos antiinsulina es indicación perentoria de cambio de insulina de origen animal a la humana.

c) En presencia de títulos bajos, dicho cambio no es imprescindible.

d) Estado clínico y nutricional.

e) Sistema cardiovascular.

f) Fondo de ojo.

g) Función renal.

h) Examen tocoginecológico.

i) Función tiroidea en diabetes insulinodependientes.

j) Presencia de neuropatía autonómica, especialmente a nivel gastrointestinal y cardiovascular.

k) Hábitos perjudiciales.

Condiciones que aumentan el riesgo de mortalidad materno/fetal:

a) Enfermedad coronaria

b) Insuficiencia renal: clearence de creatinina < 50 ml/min o creatinina sérica > 2 mg/dl.

c) Proteinuria masiva (> 2 g/24 h).

d) Hipertensión arterial: > 140/90 minHg que no mejore con la terapéutica medicamentosa.

e) Retinopatía proliferativa que no responde a la panfotocoagulación.

f) Gastroenteropatía severa: náuseas, vómitos, diarrea.

3.2.3 Manejo de la paciente durante la programación del embarazo

a) Modificación de los hábitos perjudiciales para el feto: automedicación, tabaco, alcohol.

b) Dietoterapia adecuada, buscando el peso ideal.

c) Complemento de ácido fólico.

d) Insulinoterapia optimizada en todas las pacientes: en diabéticas no insulinodependientes reemplazar los hipoglucemiantes orales por insulina.

Se aconseja la concepción cuando:

a) Se constata buen control metabólico previo, por el dosaje de hemoglobina glucosilada en dos determinaciones consecutivas (valor normal para el método utilizado < 8.5%) o cuatro determinaciones de fructosamina.

b) La pareja está psicológicamente preparada.

c) La evaluación realizada determine que la paciente se encuentra en condiciones óptimas para cursar un embarazo.

3.3. CONTROL Y SEGUIMIENTO CLINICO PRENATAL

3.3.1. Equipo de atención

El equipo ideal estará integrado por el diabetólogo y el obstetra apoyados por la nutricionista, enfermería especializada, asistente social y psicólogo. A partir de la semana 33 se incorporará al neonatólogo.

En lo posible, la paciente será vista en forma conjunta, en su defecto, los integrantes del equipo mantendrán una comunicación frecuente e interactiva.

3.3.2. Frecuencia de consultas

Cada 15 días, hasta la semana 32 y luego semanalmente.

3.3.3. Evaluación Clínica

En la primer consulta se incluirá anamnesis y semiología habitual. Luego, en cada visita se repetirá el examen físico, evaluando especialmente la curva de peso, el índice de masa corporal (IMC), la presencia de edema en miembros inferiores, tensión arterial, altura uterina, movimientos y latidos fetales.

3.3.4. Evaluación nutricional

En la diabetes pregestacional se siguen iguales lineamientos que para lo expuesto en diabetes gestacional (2.4.3.)

3.3.5. Evaluación metabólica

Criterios de control: valores óptimos de glucemia en ayunas < 110 mg/dl y mínima aceptables < 130 mg/dl; glucemia posprandial (2 horas), ideal < 130 mg/dl y mínima aceptable < 150 mg/dl; cetonuria siempre negativa; hemoglobina glucosilada y fructosamina normales (según valor del método empleado); evitar las hipoglucemias.

3.3.6. Automonitoreo glucémico y cetonúrico

El automonitoreo glucémico es óptimo realizarlo con reflectómetro. En su defecto resulta aceptable el método semicuantitativo o visual (Ver tabla 6). Frecuencia:

- Ideal antes y 2 horas después de cada comida y en la madrugada.

- Mínimo antes de las comidas y después de la cena.

Es útil evaluar el promedio diario de las glucemias y sus oscilaciones y el porcentaje de valores glucémicos no deseables (hiper o hipoglucémicos). Es aconsejable cotejar periódicamente la glucemia de automonitoreo con la glucemia de laboratorio. Cetonuria: una por día y siempre que la glucemia sea superior a 200 mg/dl.

3.3.7. LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Laboratorio (ver 2.4.6.)

- Exámenes complementarios:

a) Evaluación oftalmológica: fondo de ojos trimestral y si existe retinopatía se reevaluará según su grado de severidad.

b) Evaluación cardiovascular: al ingreso y en las semanas 20-30. Esta frecuencia podrá modificarse según la situación particular de la paciente.

c) Evaluación renal: clearence de creatinina y proteinuria de 24 horas trimestral. En caso de proteinuria se aumentará la frecuencia de controles. Urocultivo cada 60 días.

d) Tiroides: determinación T3 y T4 libre y anticuerpos antitiroideos al ingreso.

3.4. TRATAMIENTO

3.4.1. Educación.

Es imprescindible, resultando ideal efectuarla durante una internación breve según las posibilidades de cada servicio. Incluirá los siguientes temas:

- Importancia del buen control metabólico.
- Plan de alimentación: adaptado a la nueva situación física con correcta distribución de hidratos de carbono y advertencia sobre la necesidad de colaciones para evitar cetosis de ayuno.

- Técnica e indicaciones de automonitoreo glucémico y cetonúrico.

- Técnica de aplicación insulínica. Correcciones con insulina regular ante hiperglucemia y/o cetonurias.

3.4.2. Plan de alimentación (VEASE 2.5.2.)

3.4.3. Actividad física o ejercicios. La retinopatía proliferativa, la nefropatía severa y la hipoglucémica no percibida también contraindican la actividad física.

3.4.4. INSULINOTERAPIA

(ver evaluación sistema inmuhumoral: 3.2.2 “b”)

- El plan es individual.

- Es imprescindible utilizar insulinas altamente purificadas. Ideal las humanas.

- Régimen de administración: se indican los tratamientos intensificados como la insulinoterapia convencional intensificada (ICI) o con bomba de infusión continua ambulatoria (no es indicación absoluta: continuarla si estaba colocada). La Tabla 8 muestra algunos de los esquemas más utilizados.

- Cualquiera sea el régimen elegido, las dosis y frecuencia de aplicación se ajustarán a las del automonitoreo glucémico.

- Corregir las hiperglucemias por encima de 1,20 mg/dl con insulina corriente a razón de 0.05 a 0.1 U/Kg según la respuesta individual de cada paciente.

- Los hipoglucemiantes orales están contraindicados en todas las etapas del embarazo.

Tabla 8

Esquemas de insulinoterapia individual convencional intensificado

Antes del desayuno	Antes del almuerzo	Antes de la merienda	Antes de la cena	Antes de dormir
NPH+ Reg	Regular			
NPH+ Reg		Regular	NPH+ Reg	
NPH+ Reg	Regular		NPH+ Reg	NPH
Regular	Regular		Regular	
Regular	Regular		NPH+ Reg	
NPH	NPH		Regular	NPH
Bomba de infusión continua			NPH	

3.5. TERMINACION DEL EMBARAZO

3.5.1. Consideraciones generales

Actualmente, el 80% de las pacientes diabéticas pregestacionales terminan su embarazo con cesárea en la semana 38 aproximadamente. La expectativa de un parto normal podría darse ante la concurrencia de un buen control metabólico y buenas condiciones obstétricofetales.

3.5.2. Inducción

Optima: insulina por goteo 1 U/hora. En 500 ml de solución glucosada al 5% con 50 U de corriente, purgar tubuladura y pasar a 10 microgotas/minuto (equivalente a 1 U/hora).

Mínimo aceptable: 2/3 de insulina por la mañana y control con tiras reactivas. Corregir con insulina corriente.

3.5.3. Trabajo de parto

Durante el período más activo del trabajo de parto evitar la aparición de hipoglucemia.

El objetivo es mantener glucemias entre 80-120 mg/dl.

— Tratamiento óptimo: mediante la infusión endovenosa de glucosa e insulina corriente de acuerdo al siguiente esquema:

• Glucosa en goteo a razón de 6-10 g/hora (o 2,5 mg/kg/minuto)

• Control glucémico horario (con tiras reactivas).

• Insulina de acuerdo a requerimiento: 1-3 unidades/hora.

- Tratamiento mínimo aceptable: mediante administración subcutánea de insulina y monitoreo glucémico cada 2-4 horas. Se aconseja determinar al menos 2 cetonurias: al comienzo y a las 6 horas.

3.5.4. Cesárea

Se aconseja programarla para los primeros días de la semana y en horas de la mañana.

Por la mañana: no administrar insulina. Colocar soluciones glucosadas igual al trabajo de parto (ver 3.5.3); determinar glucemia corrigiéndola con solución glucosada y/o insulina corriente.

Cesárea por la tarde: aplicar por la mañana 2/3 de la insulina habitual y solución dextrosada al 5%.

Cesárea de urgencia: solución dextrosada al 10%, determinar glucemia y corregir con insulina corriente.

Tipo de anestesia: si no hay contraindicación se aconseja peridural.

3.6. PUERPERIO

Se suspende la insulina continuando con solución dextrosada al 5% 24-36 horas más.

En general, en este período no hay requerimiento de insulina. Medir glucemia cada 4 horas y comenzar con insulina si es superior a 130 mg/dl. A las 8 horas del puerperio agregar potasio. A las 12 horas iniciar hidratación por boca.

3.7. NEFROPATIA EN EL EMBARAZO

3.7. I. COMPLICACIONES CRONICAS EN LA EMBARAZADA DIABETICA

Clase F de P. White.

Se define como la alteración de clearence de creatinina y proteinuria persistente con más de 300 mg/24 horas antes de la semana 20 de gestación, en ausencia de infección urinaria.

- Clasificación de Reece

- Leve (proteinuria entre 300 y 499 mg/24 horas).
- Moderada (proteinuria entre 500 y 3.000 mg/24 horas).
- Severa o síndrome nefrótico (proteinuria > 3.000 mg/24 horas).

Se consideran factores de mal pronóstico previos al embarazo: hipertensión arterial clearance de creatinina < 50 ml/minuto o creatininemia > 1.5 mg/dl. proteinuria > 2 g/24 horas.

3.7.1.1 Control durante el embarazo

- Primera visita: evaluación de función renal, ecografía.

- Segundo trimestre: estudio de función renal, alfafetoproteína sérica, ecografía.

- Tercer trimestre: ecografía mensual, estudio de función renal, NST (non stress test) semanal, examen oftamológico, ecocardiografía fetal y planificación del parto.

- Indicadores de internación: en caso de persistencia de la hipertensión arterial, deterioro de la función renal, mal control glucémico, signos de alteración de la salud fetal. Los factores que señalan mal pronóstico fetal son: proteinuria masiva > 3 g/24 horas en el primer trimestre, > 10 g/24 horas en el tercer trimestre, creatinina > 1.5 mg/dl en cualquier momento de embarazo, anemia severa en el tercer trimestre, hipertensión en cualquier momento.

3.7.1.2. Tratamiento

- Objetivos del tratamiento: estricto control metabólico y de la tensión arterial.

- Insulinoterapia optimizada; normalización de la tensión arterial: varios períodos diarios de reposo en cama en decúbito lateral izquierdo, dieta con 2 g de Na/día, si es necesario se indica terapéutica antihipertensiva (la droga de elección es alfameetildopa); está cotraindicado el uso de diuréticos y de inhibidores de la ECA, acelerar la maduración pulmonar.

3.7.1.3. Seguimiento durante el puerperio

Control semanal, evaluación de la función renal (seis semanas), asesoramiento, consulta con el nefrólogo.

3.7.2 Retinopatía en la embarazada diabética

3.7.2.1 Seguimiento oftalmológico:

Toda paciente con diabetes pregestacional debe ser examinada por el oftalmólogo en la primera visita; las embarazadas sin retinopatía o con retinopatía no proliferativa deben sercontroladas trimestralmente. Las embarazadas con retinopatía proliferativa requieren seguimiento mensual.

3.7.2.2. Objetivos del tratamiento:

Conseguir un excelente control metabólico, pero no permitir descensos bruscos de los niveles glucémicos, ya que esto puede deteriorar notablemente la retinopatía; evitar la progresión de la lesión corrigiendo factores agravantes, tales como: hipertensión arterial, mal control metabólico, hipoglucemias, tabaquismo.

- Tratamiento: insulinoterapia intensificada, panfotocoagulación, si es necesario a partir del segundo trimestre.

- Terminación del embarazo: la presencia de retinopatía proliferativa es indicación absoluta de cesárea. No así los otros tipos de retinopatía.

- Seguimiento durante el puerperio: se debe continuar el control oftalmológico en los tres meses posteriores al parto.

4. ASPECTOS OBSTETRICOS

4.1. Examen Obstétrico y Clínico

En cada control se determinará la tensión arterial, aumento ponderal, índice de masa corporal (IMC), altura uterina, latidos y movimientos fetales, ubicación fetal intrauterina y edema de miembros inferiores.

4.2. Laboratorios y exámenes complementarios (Ver 2.4.6.)

4.3. Frecuencia de Consulta

Cada 15 días hasta la semana 28 y en adelante en forma semanal. En todos los casos la consulta se iniciará lo más precozmente posible, siendo de preferencia en las pregestacionales el embarazo programado. En la A1 el control se hará mensualmente hasta la semana 28 y luego cada 15 días.

A2 y B1 igual que en diabetes pregestacional.

4.4. CONTROL DEL CRECIMIENTO FETAL

4.4.1. Ecografía obstétrica

- Primer trimestre. Para confirmar el diagnóstico de embarazo, determinar edad gestacional y fecha probable de parto.

Segundo trimestre. Para efectuar seguimiento del crecimiento y desarrollo. Diagnóstico precoz de malformaciones: a las 12 semanas para el sistema nervioso, a las 14 semanas las del aparato digestivo y a las 18 semanas las renales.

Tercer trimestre. Se solicitará mensualmente, para determinar localización, espesor y madurez de placenta, volumen de líquido amniótico, ubicación intrauterina del feto, movimientos corporales y respiratorios, biometría diámetro biparietal (DBP), longitud femoral (LF), circunferencia abdominal (CA), circunferencia cefálica (CC). Las determinaciones se compararán con los percentilos correspondientes, se obtendrá el cálculo de peso fetal y el diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), se hará en base al índice ponderal.

4.5. CONTROL DE SALUD FETAL

4.5.1 VITALIDAD FETAL y AUMENTO DE TAMAÑO

4.5.1.1. Objetivos:

Evitar la muerte intrauterina.

Detectar precozmente el compromiso de la vitalidad.

No conducir a un nacimiento prematuro innecesario

4.5.1.2 Parámetros de evaluación

PARAMETRO	TECNICA
Movimientos corporales fetales	automonitoreo
	cardiotocografia
	ecografia
Volumen de líquido amniótico	ecografía
Frecuencia cardíaca fetal	cardiotocografía
Flujo arterial uterino y umbilical	velocimetría doppler
Movimientos respiratorios fetales	ecografía
Tono fetal	ecografía

A-Métodos óptimos

1. -Prueba de reactividad fetal (PRF). Estudio tococardiográfico.

- Población: toda embarazada diabética.

Inicio: 32-34 semanas.

28-32 semanas en casos de: hipertensión, nefropatía, retinopatía, Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU), antecedente de mortinato, mal control metabólico.

36-40 semanas en embarazadas diabéticas A1 sin antecedente de mortinato y/o sin hipertensión
- Frecuencia cada 3-4 días.

Diario en casos de: cetoacidosis, hipertensión, hemorragia en la primera y segunda mitad del embarazo, mal control metabólico.

Semanal: en clase A1 sin antecedente de mortinato y/o sin hipertensión.

Observaciones:

• Todo estudio cardiotocográfico deberá ser acompañado por la determinación de la glucemia que deberá ser de 80 y 120 mg./dl.

• Valorar no sólo la presencia de reactividad en las pruebas sino también y principalmente, la normalidad de los demás parámetros: variabilidad (descensos) de la línea de base.

• Recordar todas aquellas condiciones que modifican la reactividad fetal: ayuno, medicación y prematurez.

• La predicción del test se mantiene siempre y cuando no se modifique las condiciones maternas.

• Como complemento de esta prueba y con criterio de detección precoz puede utilizarse el automonitoreo de los movimientos fetales (MF), considerándose normal la presencia de por lo menos 12 MF/hora.

2.- Volumen de líquido amniótico. Ecografía.

• Población: toda embarazada. diabética.

• Inicio: 24 semanas.

• Frecuencia.
Volumen normal: mensual.
Volumen aumentado: valorar grado de control metabólico.

Volumen disminuido: descartar rotura prematura de membranas RPM y malformaciones digestivas o renales, asociar con los demás estudios de vitalidad fetal: velocimetría doppler, perfil biofísico.

• Técnica: cuatro cuadrantes.

3.- Velocimetría doppler: flujo arterias uterino y umbilical.

• Población: sólo en aquellas embarazadas diabéticas que presentan hipertensión, nefropatía, retinopatía, RCIU, antecedentes de mortinato, oligoamnios.

Inicio: 24 semanas.

• Indicaciones:

• Ante 2 PRF no reactivas sucesivas.

• Cuando a partir de los resultados obtenidos con los métodos óptimos existen dudas acerca del estado de salud fetal.

B- Métodos mínimos aceptables

1. Prueba de tolerancia a las contracciones (PTC)
2. Perfil biofísico (PB)

Metodología

La elección de un método u otro dependerá de las posibilidades del servicio y de la presencia o no de contraindicaciones para la realización de una PTC, tales como cesárea anterior, hemorragia, etc.

- Si la PTC es insatisfactoria se realizará PB.

- Si la PTC es positiva y/o el PB es menor o igual a 4 se interrumpirá el embarazo.

La jerarquía de cada uno de los componentes del perfil no es la misma, ya que el deterioro va afectando progresivamente la reactividad, los movimientos respiratorios, el líquido amniótico, los movimientos corporales y el tono fetal;

- Si la PTC o el PB presentan un resultado normal, el control de la vitalidad proseguirá con los métodos señalados en el nivel óptimo.

4.5.2. Crecimiento fetal y malformaciones congénitas

4.5.2.1. Ecografía obstétrica:

Sus resultados brindan diferente información según el momento de su realización.

Primer trimestre:

- Diagnóstico de embarazo.

- Determinar la fecha probable del parto.

Segundo trimestre:

- Diagnóstico de malformaciones:

12 semanas: sistema nervioso.

14 semanas: aparato digestivo.

18 semanas: riñón.

Tercer trimestre

-Se solicitará mensualmente y en cada sesión se determinará:

• placenta: localización, espesor y madurez.

• líquido amniótico: volumen.

• feto: ubicación intrauterina, movimientos corporales y respiratorios.

Biometría: DBP, LF, CA, CC. Las determinaciones se referirán al percentilo correspondiente. Se obtendrá el cálculo de peso fetal y el diagnóstico de RCIU se hará en base al índice corporal.

4.5.2.2. Ecocardiografía fetal

Permite detectar diferentes alteraciones cardiovasculares según el momento de su realización.

• 20 semanas: malformaciones cardíacas

• 30 semanas: hipertrofia septal asimétrica.

4.5.2.3. Alfa feto proteína:

Es un indicador de alteraciones neurológicas.

• 16 semanas: defectos del tubo neural.

4.5.3. Madurez fetal

- Cuándo se debe evaluar:

• en toda embarazada de menos de 38 semanas donde se plantea la posibilidad de interrumpir el embarazo. El riesgo se acentúa en aquellas pacientes con mal control metabólico, feto macrosómico o con edad gestacional incierta.

Cómo se puede evaluar:

* Nivel 1:

Clements positivo

Densidad óptica 650: > 0. 150

* Nivel 2:

índice lecitina/esfingomielina (L/E) > 2

Lecitina desaturada > 50% Fosfatidilglicerol presente

- Observaciones:

Se debe repetir cada 7 días.

- Maduración pulmonar fetal: indicaciones

A Quién: a aquellas pacientes con máximo beneficio: 26-34 semanas y 900-1500 g de peso estimado

- Siempre se debe verificar previamente la ausencia de madurez pulmonar fetal.

- El parto no se debe producir dentro de las 24 horas de iniciada la maduración.

- La validez de la maduración es entre las 24 hs. y los 7 días de iniciada.

- Con qué: corticoides 24 mg. Esto es para el hijo y no para la madre.

4.6. TERMINACION DEL EMBARAZO

4.6.1. cuándo?

1) Una vez alcanzado el término de la gestación, que se confirma cuando los parámetros de evaluación del control metabólico y de la salud fetal se encuentran dentro de los límites de normalidad.

2) Sin tener en cuenta la presencia de madurez pulmonar comprobado en presencia de:

- Sufrimiento fetal.

- Preeclampsia severa o eclampsia.

- Retardo de crecimiento intrauterino,

- Rotura prematura de membrana.

- Hemorragia en la segunda mitad del embarazo en actividad.

- Nefropatía con evolución desfavorable.

- Retinopatía con evolución desfavorable.

3) Una vez comprobada la madurez pulmonar fetal, en caso de:

- Labilidad metabólica.

- Cetoacidosis estabilizado.

- Retinopatía proliferativa.

- Preeclampsia moderada.

- Macrosomía fetal

4.6.2. Cómo?

Condiciones para permitir el inicio espontáneo del trabajo de parto o la inducción del mismo:

1) Ausencia de indicaciones obstétricas absolutas o relativas de cesárea.

2) Control cardiotocográfico intraparto.

3) Control metabólico intraparto.

4) Vitalidad fetal conservada.

5) Ausencia de antecedentes obstétricos desfavorables.

6) Ausencia de retinopatía proliferativa y/o insuficiencia renal y/o enfermedad coronaria.

7) Adecuada infraestructura neonatológica y hospitalaria.

En caso de existir una sospecha clínica y ecográfica de macrosomía la conducta sería la siguiente: si la estimación del peso fetal es entre 4 y 4.5 kg. se deberá permitir una prueba de parto, pero si la estimación del peso es superior a los 4.5 kg se indicará operación cesárea.

8) De no contar con infraestructura adecuada a las necesidades, es aconsejable la derivación de la embarazada a un centro de mayor nivel de resolución que permita un mejor resultado perinatal.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Nefropatía diabética

La nefropatía diabética (ND), que se desarrolla en alrededor del 5-10% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no insulinodependiente y en el 30% de los Diabéticos tipo 1, es junto con las alteraciones cardiovasculares, una de las causas fundamentales de morbimortalidad en estos pacientes.

En los países desarrollados la ND constituye la primera causa de ingreso a tratamiento sustitutivo renal (30-40% de los enfermos en hemodiálisis en Estados Unidos). En la Argentina los datos disponibles muestran que el 13% de los pacientes en hemodiálisis son diabéticos.

Patogenia

La ND se desarrolla como consecuencia de la combinación de factores predisponentes genéticos (mayor riesgo en familias con hipertensión arterial, cardiopatía o nefropatía), trastornos metabólicos o hemodinámicos. La hiperglucemia actúa a través de varios mecanismos: glicación no enzimática de proteínas y lípidos, alteración de la actividad de diversas enzimas y aumento del estrés oxidativo. Estos procesos determinan modificaciones del mesangio renal con producción alterada de citoquinas, factores de crecimiento y ruptura del balance entre sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras. La alteración de este balance produce una vasodilatación local que genera un aumento del flujo plasmático renal, pero fundamentalmente el aumento de la presión intraglomerular y consecutivamente del filtrado glomerular.

La aparición temprana de estas alteraciones funcionales (hiperfusión e hipertensión intraglomerular), es seguida más tardíamente por modificaciones morfológicas consistentes en engrosamiento de la membrana basal glomerular, tubular e hipertrofia de las estructuras glomerulares y tubulares. El aumento progresivo de la matriz extracelular finalmente oblitera los capilares, disminuye el filtrado glomerular y determina el desarrollo de la insuficiencia renal.

Nefropatía Diabética

En los primeros cinco años del diagnóstico de la diabetes, el riñón puede mostrar algunos cambios funcionales (microalbuminuria aislada, aumento del filtrado) durante episodios de descompensación metabólica o luego del ejercicio violento, pero en general este período es silente.

Nefropatía incipiente

A partir del quinto año algunos pacientes presentan nefropatía incipiente caracterizada por:

• microalbuminuria persistente

• filtrado glomerular normal o elevado (hiperfiltrado > 150ml/min).

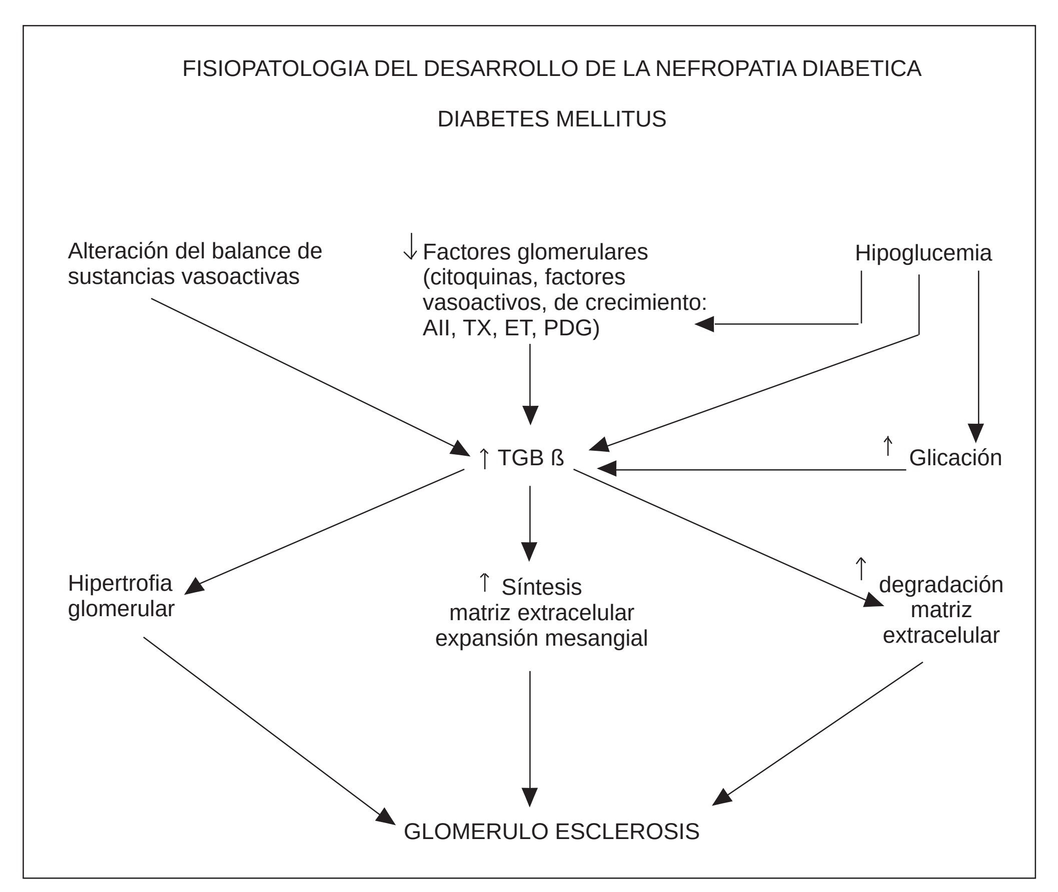


Figura 1: A II (angiotensina II) TX (tromboxano), ET (endotelina), PDGB (factor derivado de plaquetas) TGF (Transforming, Growth factor)

La microalbuminuria puede ser detectada por tiras reactivas, que son útiles para realizar tamizaje (screening). Si es positiva se debe confirmar por métodos de laboratorio (radioinmunoanálisis, inmunoturbidimétrico o inmunonefelométrico). Para su dosaje puede utilizarse la primera muestra de orina de la mañana pero es conveniente hacerlo en orina de 24 horas.

Para que la microalbuminuria sea considerada diagnóstico de nefropatía incipiente deberá presentar valores positivos (ver valores de referencia) en dos de tres determinaciones realizadas en el transcurso de 6 meses. Se deben descartar los factores que puedan dar falsos resultados positivos tales como:

• descompensación metabólica

• infección urinaria

• hipertensión arterial descompensada

• insuficiencia cardíaca congestiva

• fiebre

• ejercicio físico intenso el día previo o durante la recolección

• contaminación con flujo o sangre

• drogas (DAINE o antiinflamatorios no esteroides, inhibidores de la enzima convertidora)

Valores de referencia:

	NORMAL	MICROALBUMINURIA	MACROALBUMINURIA
mg/24 hora	< 30	30-300	> 300
µg/mín	< 20	20-200	> 200
Albúmina mg/g de creatinina	< 30	30-300	> 300

No se han determinado los valores en el embarazo.

En niños y adolescentes con Diabetes tipo 1, el dosaje de microalbuminuria debe realizarse al debut y anualmente luego de los 5 años de evolución en los primeros y luego de los 2 años de evolución en los segundos.

En las personas con diabetes tipo 2 la microalbuminuria se debe realizar a partir del momento del diagnóstico de la diabetes y en caso de ser negativa repetir anualmente.

Esta actitud se fundamenta en que:

— el 30-50% de ellas desconoce su condición de diabética por lo que algunos recién concurren a la consulta, cuando presentan los primeros síntomas de las complicaciones.

— Con frecuencia ellos presentan otras complicaciones renales: enfermedad vascular ateroesclerótica, glomerulapatías primarias, adenoma de próstata con cuadro obstructivo.

— También presentan otros factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de la ND (hipertensión arterial y dislipidemia).

Debe recordarse que el hallazgo en diabéticos tipo II de microalbuminuria positiva indica un incremento del riesgo cardiovascular.

Filtrado glomerular: además del control de la albuminuria, se debe evaluar la función renal (filtrado glomerular) anualmente, a través de la creatinina sérica. Se debe recordar que aun cuando el filtrado glomerular esté disminuido se pueden obtener valores de creatinina cercanos a los normales en pacientes con desnutrición severa, con atrofia muscular o edad avanzada, por lo tanto de ser posible el seguimiento clínico se debería realizar anualmente midiendo el clearance de creatinina corregido de acuerdo a la superficie corporal y a la edad.

En este período el filtrado glomerular puede estar elevado (hiperfiltrado) o normal.

Nefropatía clínica: está determinada por la progresión de la microalbuminuria a la macroalbuminuria (Figura 1). El rango de macroalbuminuria de 300 mg/24 horas corresponde aproximadamente a 500 mg/24 horas de proteinuria.

La proteinuria puede aumentar por encima de 3,5 g/24 horas, desarrollándose el síndrome nefrótico caracterizado por edemas, dislipidemia, hipoalbuminemia y disminución progresiva del filtrado glomerular de aproximadamente 1 ml/min/mes si no se realiza tratamiento.

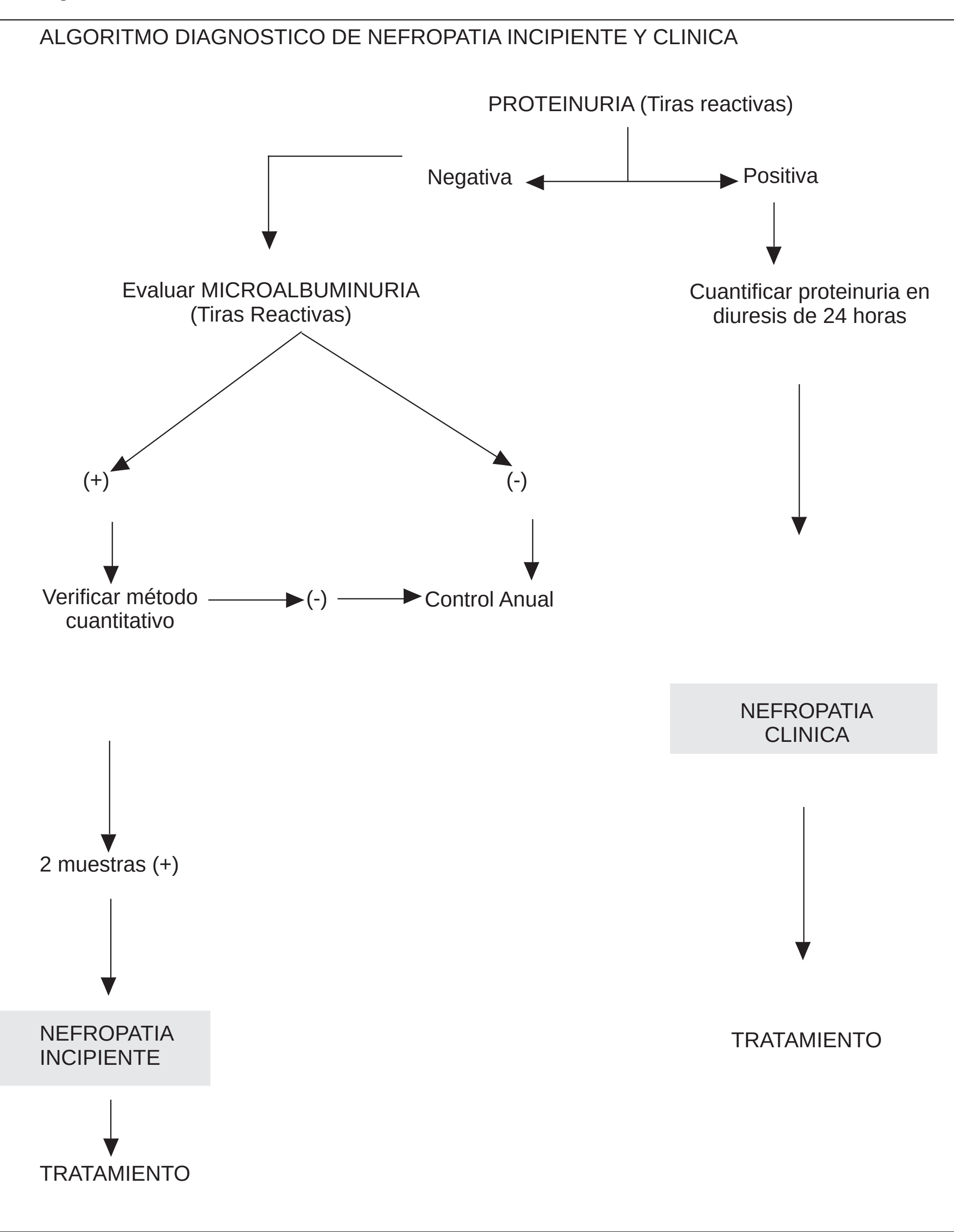
Durante este período los controles de función renal y proteinuria deben ser realizados en forma trimestral.

Nefropatía urémica: Se desarrolla en el transcurso de 3 a 5 años de iniciada la proteinuria. Para evitar su elevada morbimortalidad en los últimos años se ha considerado la necesidad de iniciar precozmente el tratamiento sustitutivo, lo que retarda o evita el mal estado general y la desnutrición que es un marcador importante de mal pronóstico.

Con un filtrado glomerular de 20 ml/min. se deben confeccionar los accesos para iniciar tratamiento sustitutivo al disminuir el valor a 15 ml/min. aproximadamente.

El tratamiento sustitutivo renal al que pueden acceder hoy los pacientes diabéticos es el mismo que el de los no diabéticos: hemodiálisis, diálisis, peritoneal o trasplante renal.

Figura 3



Factores como los enunciados a continuación aceleran la progresión de la ND:

• HIPERTENSION ARTERIAL

• Control glucémico deficiente

• Uropatía obstructiva

• Disminución severa de volumen

• Fármacos (DAINE, aminoglucósidos)

- sustancia de contraste
- tabaquismo
- dislipidemia

Estudios complementarios

Antes de iniciar el tratamiento de la ND, se deben descartar otras patologías. Se debe sospechar otra patología cuando existe:

a) Sedimento de infección urinaria: (realizar urocultivo, antibiograma y estudio de vías urinarias).

b) Presencia de nefropatía sin retinopatía: (realizar ecografía y biopsia renal si existe sospecha de glomerulopatía primaria). Es importante destacar que la insuficiencia renal del diabético, no se acompaña de disminución del tamaño renal.

b.1 Disminución brusca del filtrado glomerular sin causa aparente.

b.2 Hematuria sin proteinuria (descartar patología de vías urinarias, realizar biopsia si existe sospecha de glomerulopatía primaria).

b.3 Asimetría renal (radiorrenograma con captopril y arteriografía si se sospecha enfermedad vascular renal).

b.4 Caída brusca de la función renal luego de la administración de inhibidores de la enzima convertidora (en esta circunstancia sospechar enfermedad vascular arteriosclerótica renal e indicar radiorrenograma, con captopril y arteriografía). Se debe solicitar ecografía renal para evaluar modificaciones del tamaño renal y/o alteraciones de vías urinarias, identificando enfermedades obstructivas, adenoma de próstata vejiga neurogénica o litiasis.

En todas estas situaciones se debe consultar al nefrólogo para realizar el diagnóstico y tratamiento que corresponda; también se lo debe consultar para continuar el tratamiento en forma conjunta, constituyendo un equipo, cuando el paciente presenta proteinuria o caída del filtrado glomerular a valores menores de 50 ml/min.

Estudios de contrataste: Siempre que se indiquen estos estudios se debe evaluar su beneficio para el tratamiento del paciente:

a) no deben ser indicados en pacientes con creatinina de 2.5 mgldl,

b) se debe realizar hidratación controlada y abundante 24 horas antes y después de la administración del medio de contraste,

c) dado que existen medios de contraste con diferente nefrotoxicidad, debe informarse al radiólogo la condición de diabético del paciente y su grado de función renal para seleccionar el medio más adecuado.

Tratamiento

Objetivos: revertir, impedir o retrasar la evolución de cada una de las etapas de la ND. El tratamiento de la ND debe basarse en:

- el control metabólico adecuado
- plan de alimentación (control de proteínas, hidratos, grasas, sodio),
- drogas (inhibidoras de la enzima convertidora, antihipertensivos y diuréticos),
- control lipídico.

a) Control metabólico: se debe lograr el control más estricto posible para cada paciente, evitando el riesgo de hipoglucemia severa.

En pacientes con filtrado glomerular menor de 30ml/min. se deben suspender siempre los hipoglucemiantes orales e indicar insulinoterapia para el control glucémico.

b) Plan de alimentación:

1) Valor calórico total. El adecuado para alcanzar el peso ideal.
2) Proteínas: En el estadio de nefropatía incipiente el plan de alimentación debe ser normo proteico (0,8-1,2g/kg/día) pues no existen ensayos clínicos que demuestren mejor evolución mediante restricción de las mismas.

En presencia de nefropatía clínica se sugiere mantener los mismos niveles de proteína si la función renal se halla conservada. Con filtrados menores de 25 ml/min los aportes pueden ser disminuidos a 0,6g/kg/día, seleccionando proteínas de alto valor biológico.

3) Hidratos de carbonos: deben cubrir el 50-60% de las calorías.

4) Grasas: Siguen las normas de cualquier paciente diabético sin complicaciones.

5) Restricción de sodio; en la nefropatía incipiente se sugieren 3g de CINa/día. En presencia de síndrome nefrótico o insuficiencia renal se debe regular según las cifras tensionales y la sobrecarga de volumen, pudiendo restringirse su ingesta en 2g/día.

c) Tratamiento farmacológico

1) Inhibidores de la enzima convertidora: están indicados en la etapa de nefropatía incipiente o clínica sin hipertensión, para mejorar los trastornos hemodinámicos y disminuir la velocidad de progresión a la insuficiencia renal. Se deben utilizar dosis bajas (2,5 mg de enalaprildía, 12,5 mg de captopril / día, Lisinopril 5 mg, perindopril 2 mg). Están contraindicados en el embarazo, en hiperkalemia y en enfermedad renovascular.

Antes y a la semana de iniciar su administración se debe evaluar la función renal y la kalemia. Si la creatinina aumentó más de 1 mg % o la kalemia está por encima de 5.5mEq/L se debe suspender el tratamiento.

Como el efecto antiproteinúrico es de aparición lenta y se evidencia luego de varias semanas de iniciado el tratamiento, la respuesta debe evaluarse 2 a 3 meses antes de aumentar la dosis.

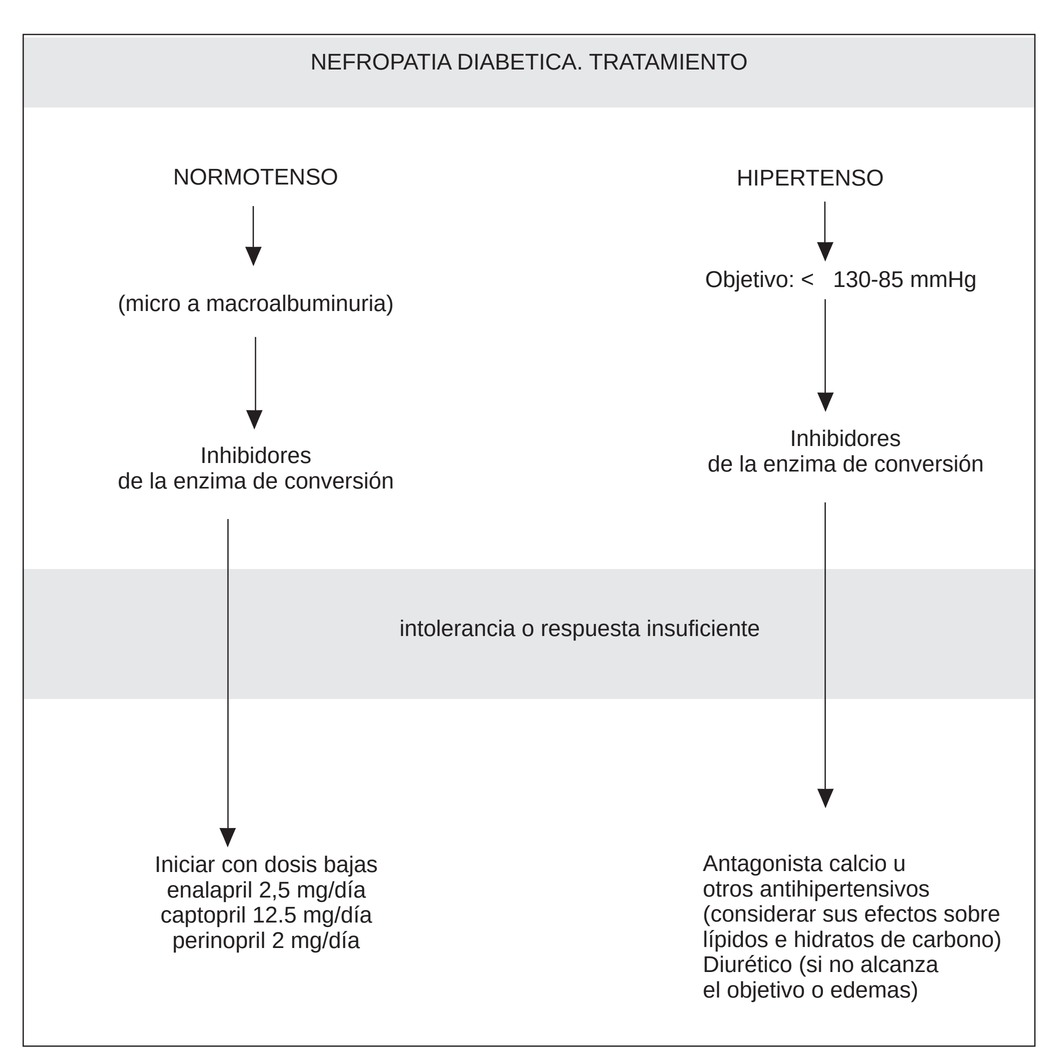
2) Antihipertensivos: todas las drogas antihipertensivas son capaces de retardar la progresión de la insuficiencia renal. El ideal es lograr valores tensionales menores a 130/85 mm. Hg. En pacientes hipertensos los inhibidores de la enzima convertidora son los fármacos de primera elección. Si existen contraindicaciones o intolerancia, utilizar antagonistas del calcio especialmente diltiazem (recordar que los no hidropiridinas como la nifedipina pueden aumentar la proteinuria) u otros agentes antihipertensivos (Clonidína, prazosin, doxazosin, beta bloqueantes) teniendo en cuenta sus efectos sobre el metabolismo y otros efectos colaterales.

3) Diuréticos: la presencia de edemas durante el desarrollo de síndrome nefrótico, muchas veces hace imposible prescindir de ellos. Es aconsejable el uso de diuréticos de asa (furosemida, torasentida), pero no existe contraindicación para el uso de diuréticos como tiazidas o ahorradores de potasio, siempre que se tenga en cuenta la función renal y la hiperkalemia.

d) Control lipídico

La prevalencia de dislipidemia en el diabético es mayor que en la población general y constituye un factor de riesgo en la evolución de la ND.

El tratamiento dietético muchas veces es insuficiente para su normalización, si se debe recurrir al empleo de hipolipemiantes, debe considerarse la mayor susceptibilidad a sus efectos colaterales cuando existen trastornos renales, ajustando la dosis según el valor del filtrado glomerular.



Retinopatía diabética

La retinopatía diabética (RD) es la causa más frecuente de ceguera en adultos, con una prevalencia del 80%, considerando sus diversas formas clínicas, después de 15 años de antigüedad de la diabetes. El 2% del total de los diabéticos puede llegar a la ceguera.

Etiopatogénicamente se considera que el factor desencadenante de la retinopatía diabética proliferante (causa más frecuendate de ceguera) es la neoformación vascular (angiogénesis) en retina. Esta angiogénesis está desencadenada por la anoxia, la cual a su vez es una consecuencia de la microangiopatía.

La retinopatía diabética, al igual que las otras complicaciones tardías de la diabetes debe ser sospechada e investigada en los diabéticos tipo 2, en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

En diabéticos tipo 2, el diagnóstico de retinopatía es en ocasiones realizado por el oftalmólogo, que encuentra retinopatía en el 12% de los pacientes que desconocían la existencia de su diabetes. La forma clínica más común de RD en la diabetes 2, es el edema macular, que es la causa más frecuente de disminución de la capacidad visual en el diabético.

Existe evidencia clínica y experimental de la relación existente entre el grado de control glucémico y la frecuencia y gravedad de la RD. Otro elemento capaz de acelerar y agravar la retinopatía es la presencia de hipertensión arterial. La presencia de nefropatía agrava la evolución de la retinopatía. En los últimos tiempos también se ha demostrado una correlación directa entre la frecuencia de retinopatía y la presencia de dislipidemias.

Tabla 1

Situaciones en las cuales se debe sospechar e investigar la retinopatía diabética:
• Antigüedad de diabetes superior a 5 años
• Control glucémico inadecuado
• Hipertensión arterial
• Dislipidemias
• Nefropatía diabética

La RD se divide en dos grandes grupos:

a) RD No Proliferativa (RDNP) y
b) RD Proliferativa (RDP).

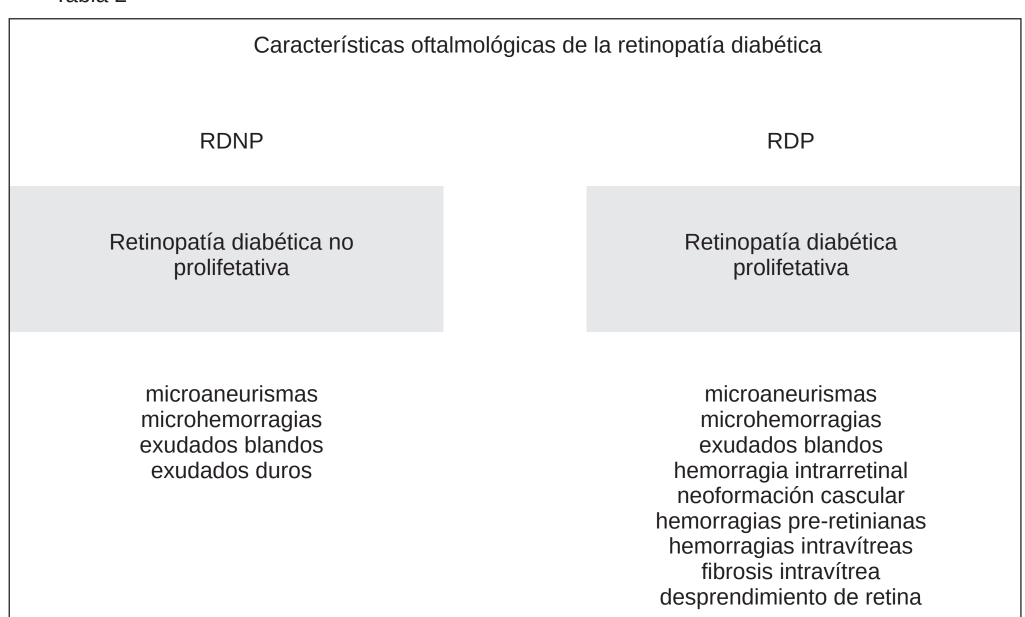
La RDNP excepcionalmente llega a la ceguera, mientras que la RDP, en la gran mayoría de los pacientes produce una disminución acentuada de la visión y/o ceguera. La RDP es una consecuencia evolutiva de la RDNE. Es por esto que el diagnóstico y la intervención terapéutica debe realizarse en los primeros estadios de esta complicación.

Examen del fondo de ojo: debe realizarse siempre con dilatación pupilar pues de lo contrario sólo se puede observar un 30% de la superficie de la retina.

En la RDNP los hallazgos más frecuentes son: flexuosidades venosas, microaneurisma, microhemorragias, exudados blandos, hemorragias intrarretinales.

En la RDP, se observan las mismas lesiones pero se agrega la aparición de vasos de neoformación; estos vasos son muy frágiles y su ruptura produce hemorragias prerretinianas e intravítreas que se repiten hasta producir una Fibrosis que, al retraerse, puede producir desprendimiento de retina y la ceguera del paciente.

Tabla 2



Características oftalmológicas de la retinopatía diabética

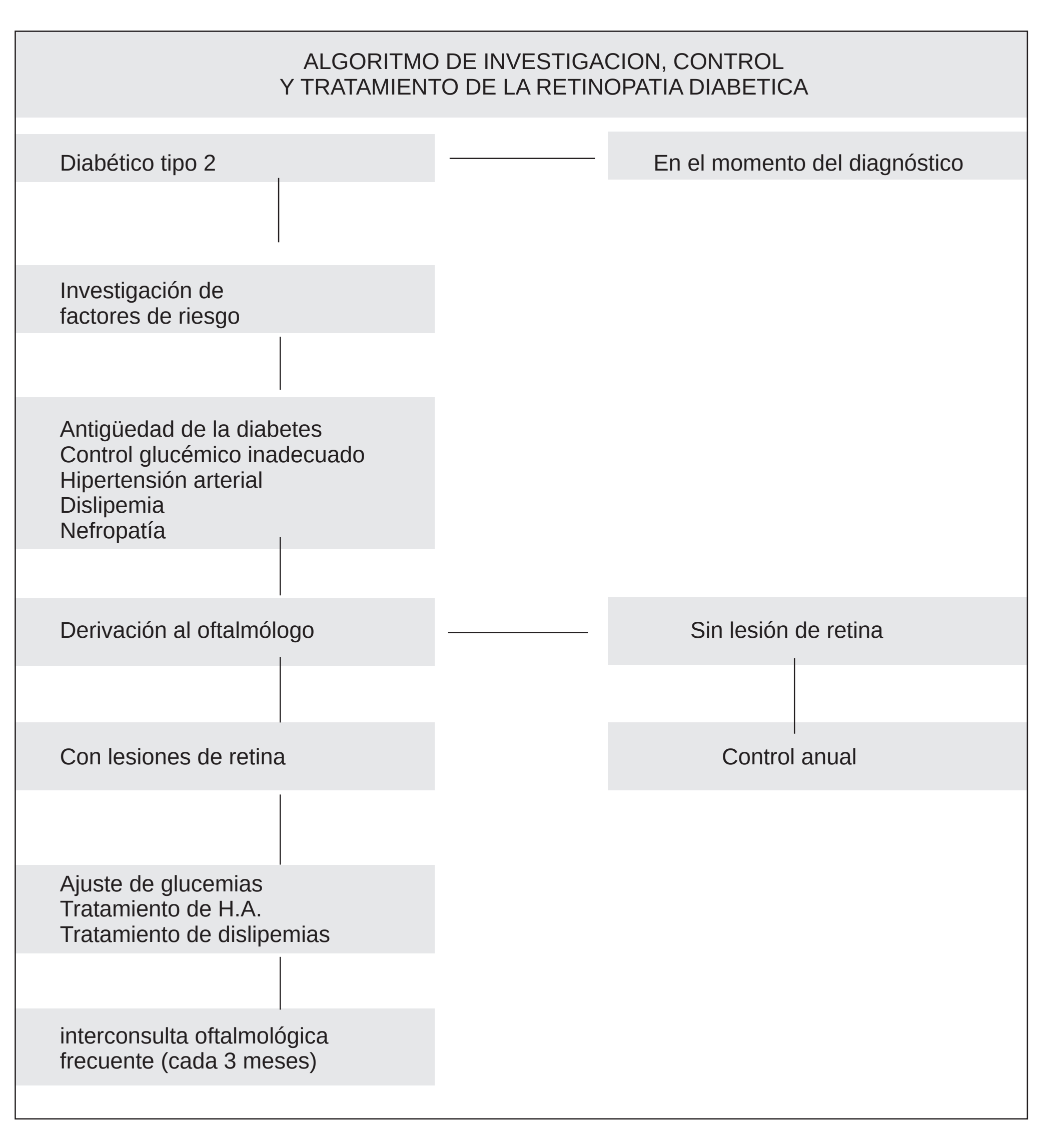
RDNP	RDP
Retinopatía diabética no prolifetativa	Retinopatía diabética prolifetativa
microaneurismas microhemorragias exudados blandos exudados duros	microaneurismas microhemorragias exudados blandos hemorragia intrarretinal neoformación cascular hemorragias pre-retinianas hemorragias intravítreas fibrosis intravítrea desprendimiento de retina

Establecida la presunción de RD, el clínico debe referir el paciente al oftalmólogo, de preferencia con experiencia en retina que establecerá el diagnóstico y las opciones terapéuticas de orden oftalmológico.

La actitud clínica y terapéutica que debe adoptar el médico generalista ante un paciente con RD, es tratar adecuadamente los factores de riesgo de la retinopatía. Un control glucémico adecuado, más un tratamiento enérgico de la hipertensión arterial y de la dislipidemia, retardarán la evolución de la RD.

Los tratamientos indicados por el oftalmólogo dependen del momento evolutivo de la RD, pudiendo ser: pantotocoagulación, fotocoagulación selectiva y vitrectomía, esta última en casos de RDP. Los inconvenientes de la fotocoagulación son la disminución de la visión periférico y, en algunos casos, el edema macular.

El éxito de los tratamientos oftalmológicos depende de la precocidad de su aplicación, de ahí que la derivación oportuna y el diagnóstico precoz sean de particular importancia en esta complicación de la diabetes.



Neuropatía diabética

La Neuropatía Diabética es la más frecuente de las complicaciones tardías de la diabetes, y su prevalencia en diabéticos con más de 20 años de antigüedad de su enfermedad varía, según el método diagnóstico utilizado entre el 60% (método clínico) y casi el 100% (métodos instrumentales-electrofisiología).

Afecta por igual a los diabéticos tipo 1 y 2, y como todas las complicaciones tardías de la diabetes guarda una relación directa con el control glucémico y los años de evolución de la enfermedad.

La neuropatía diabética presenta características clínicas muy variadas, pero a los efectos de su clasificación es adecuado aceptar su división en dos grandes grupos clínicos:

A. NEUROPATIA DIABETICA PERIFERICA o

B. NEUROPATIA DIABETICA AUTONOMICA.

A. Neuropatía diabética periférica

Es generalmente de tipo distal, es decir que afecta con mayor frecuencia las fibras nerviosas de gran longitud, por lo que sus manifestaciones se hacen más evidentes en los miembros inferiores.

Con gran frecuencia, es simétrica, constituyendo el cuadro de la polineuropatía diabética distal y simétrica. Las mononeuropatías no son infrecuentes, afectan principalmente los pares craneanos y con menos frecuencia algunos territorios nerviosos aislados, determinando formas clínicas de radiculopatías o mononeuropatías proximales.

NEUROPATIA DIABETICA PERIFERICA

Clasificación:

1. Polineuropatía Distal y Simétrica
   - a. Sensitiva
   - b. Motora
   - c. Mixta

2. Mononeuropatías
   - a. De los pares craneanos
   - b. Radiculopatías: intercostal y abdominal
   - c. Proximales: femoral y crural
   - d. Amiotrofía escapular o pelviana

Los criterios diagnósticos de la Neuropatía Diabética Periférica son sencillos. Se debe sospechar su existencia en pacientes diabéticos tipo 1 después de 5 años de antigüedad de la enfermedad y en diabéticos tipo 2, desde el momento mismo de su diagnóstico.

La sistemática para el diagnóstico consiste en el interrogatorio dirigido a la búsqueda de los síntomas y en el examen clínico para la determinación de los signos de neuropatía.

Interrogatorio

Con gran frecuencia los enfermos refieren espontáneamente la existencia de síntoma, especialmente aquellos relacionados con el aspecto sensitivo de la neuropatía; así el dolor, los calambres y las parestesias se pueden presentar aislados o en conjunto. Estos síntomas son preferentemente de aparición nocturna, localizados en miembros inferiores, presentando una distribución de tipo bota o escarpín. El paciente refiere además, la sensación de estar “caminando sobre algodones”.

Si estos síntomas clásicos de la neuropatía diabética periférica no son referidos espontáneamente por el paciente, deben ser investigados durante la anamnesis.

Examen físico

Es de fundamental importancia para el diagnóstico y debe realizarse siempre en todos los diabéticos, con el paciente descalzo y sin medias.

El examen de los pies debe realizarse en cada consulta.

La inspección de los miembros inferiores demuestra la ausencia de vello, engrosamiento de las uñas. La atrofia de los músculos interóseos del pie se verifica por la incapacidad del paciente de separar los dedos del pie (signo del abanico), acompañada de hiperqueratosis en la zona plantar o dorsal de los dedos. La asociación con dedos en martillo y con modificaciones de las líneas de fuerza del pie, hace que estos pacientes tengan alto riesgo para desarrollar hiperqueratosis en los puntos de apoyo (cabeza del primer y quinto metatarsianos, talón), zonas en las que la presencia de un mal perforante plantar es muy frecuente.

El examen de la sensibilidad termoalgésica y vibratorio es imperativo en todos los diabéticos. La primera de ellas es fácilmente realizable mediante la utilización del alfiler y los tubos con agua a distintas temperaturas.

El examen de la sensibilidad palestésica (vibratoria) es de capital importancia en el diagnóstico precoz de la neuropatía diabética periférica, ya que es la primera en disminuir o aun desaparecer totalmente; el examen se realiza con un diapasón, colocado en la zona del halux.

La disminución o abolición de los reflejos aquileano y patelar es un hallazgo frecuente.

Estos dos reflejos, por ser distales, son los primeros que se alteran.

El diagnóstico de Neuropatía Diabética Periférica se confirma con la presencia de uno de los signos más uno de los síntomas enunciados. La ausencia de éstos no significa que el paciente no padezca de neuropatía, ya que numerosos diabéticos sólo presentan alteraciones electrofisiológicas, configurando el cuadro de la Neuropatía Diabética Subclínica.

INTERROGATORIO Y EXAMEN FISICO

Interrogar acerca de la presencia de calambres, parentesias o dolores nocturnos en miembros inferiores.

Inspección de los pies para determinar atrofias musculares e hiperqueratosis.

Evaluación de:
- sensibilidad algésica con alfiler
- sensibilidad térmica con tubos de agua fría y caliente
- sensibilidad vibratoria con diapasón
- reflejos aquiliano y patelar

Neuropatía diabética autonómica

Es la resultante de la lesión de las fibras nerviosas que inervan a las vísceras. Estas fibras son amielínicas, por lo que son aún mas sensibles que las del sistema Nervioso Periférico (mielínicas), a la hiperglucemia. Es por ello que las lesiones autonómicas son muy frecuentes, aunque algunas manifestaciones de la Neuropatía Autonómica son asintomáticas y para establecer su existencia es necesario utilizar medios instrumentales.

Las lesiones del Sistema Nervioso Autónomo en los diabéticos se agrupan en forma de síndromes, mencionándose en este capítulo aquellos con relevancia clínica para afectar la calidad y la expectativa de vida de los pacientes.

NEUROPATIA DIABETICA AUTONOMICA

a. Síndrome gastrointestinales
Gastroperesia
Diarrea nocturna

b. Síndromes cardiovasculares
Hipotensión postular
Devernación Cardíaca
Infarto Silente

c. Síndromes Urogenitales
Vejiga Neorogénica
Disfunción Sexual Masculina (eréctil)
Disfuncion Sexual Femenina (dispaurenia)
Eyaculación Retrógrada

d. Lesiones Osteoarticulares
Artropatía de Charcot

Síndromes gastrointestinales

a. Gastroparesia

El tiempo medio normal de la evacuación gástrica es de 90 minutos.

En pacientes diabéticos es frecuente la existencia de un retardo del vaciamiento gástrico, generalmente asintomático, pero pudiendo presentar náuseas, vómitos, saciedad temprana e inestabilidad glucémica. La presencia de bazuqueo puede detectarse en algunos pacientes. La inestabilidad glucémica es debida a la permanencia de los nutrientes en el estómago, mientras que la insulina o las drogas hipoglucemiantes están ejerciendo su acción sobre la glucemia; en presencia de hipoglucemias de difícil explicación corresponde pensar en la posibilidad de una gastroparesia.

b. Diarrea nocturna

La presencia de diarrea nocturna en general va asociada a gastroparesia, constituyendo un síndrome conocido como gastroenteropatía diabética. La diarrea es generalmente nocturna, acuosa, con tenesmo e incontinencia esfinteriana. Esto último hace necesaria la utilización de pañales, que produce en los pacientes una pérdida de su autoestima, con profundas alteraciones de la vida marital y social.

Es la única diarrea que se presenta con disminución de la velocidad del tránsito intestinal.

El diagnóstico se confirma con estudios radiográficos y endoscópicos que permiten diferenciarla de las diarreas de tipo secretoria o bacterianas.

Síndromes cardiovasculares

a. Hipotensión postural

La determinación de la variación de la presión arterial con los cambios de decúbito debe ser una rutina en los diabéticos. La caída de 30 mm. de la presión arterial sin taquicardia compensadora, produce mareos, debilidad, palidez y en algunos pacientes trastornos cognitivos. Estos síntomas son interpretados por los diabéticos como de hipoglucemia y por ello ingieren soluciones azucaradas, que no sólo no solucionan el problema, sino que perjudican el control glucémico. Estos pacientes presentan riesgo aumentado de estrés por anestesia.

b. Denervación cardíaca

La denervación parcial o total del corazón se manifiesta por la pérdida de la regulación de la frecuencia cardíaca. La existencia de una taquicardia de reposo es el síntoma más frecuente. Su diagnóstico se verifica mediante el registro electrocardiográfico continuo ya que no se observan cambios de la frecuencia cardíaca con los cambios de decúbito o con la maniobra de Valsalva. Los pacientes con denervación cardíaca presentan una elevada prevalencia de muerte súbita.

c. Infarto silente

La ausencia de síntomas dolorosos durante la aparición de un infarto de miocardio se presenta en el 20% de lo diabéticos, y es debida a lesiones de los plexos nerviosos subepicárdicos. La frecuencia de hallazgos electrocardiográficos de lesión miocárdica, sin que el paciente refiera síntomas, es elevada, especialmente en diabéticos tipo 2.

Síndromes urogenitales

1. Vejiga neurogénica

La denervación de la vejiga se manifiesta como pérdida de la sensación de repleción de la musculatura vesical, por lo que la capacidad del órgano es superior a la normal. Esto condiciona un aumento del volumen de orina acumulado en la vejiga y en gran número de pacientes, la existencia de residuo miccional. El residuo miccional se infecta con frecuencia, produciendo infecciones recurrentes de las vías urinarias bajas, y ocasionalmente, pielonefritis.

Los signos clínicos de mayor valor diagnóstico son: la disminución de la frecuencia miccional, especialmente la nocturna, y un aumento del volumen de la primera micción matinal (superior a 400 cc). En diabéticos con estas características miccionales debe indicarse ecografía de vejiga, incluyendo imágenes posmiccionales.

b. Disfunción sexual masculina

Los trastornos de la erección se presentan en el 50% de los diabéticos con más de 20 años de evolución de su enfermedad. Su etiología puede ser de origen orgánico, psicógeno o por ingesta de alcohol o drogas (propanolol, sedantes, etc.).

Las de origen orgánico pueden deberse a lesiones de tipo vascular o neurológico. La impotencia de origen neurológico se caracteriza por la ausencia de erecciones nocturnas o matinales, asociada frecuentemente con vejiga neurogénica: esto se debe a que los nervios afectados son comunes a la vejiga y al pene.

En la mayoría de los casos la falta de erección de origen neurológico es de muy difícil tratamiento.

Los diabéticos con disfunción eréctil deben ser derivados a especialistas en el área.

c. Disfunción sexual femenina

En mujeres diabéticas premenopáusicas, la disfunción sexual se manifesta como dispareunia, debida a una disminución o abolición de la lubricación vaginal, cuyo control en la mujer corresponde a los mismos plexos nerviosos parasimpáticos que regulan la erección en el hombre. También en estos casos la asociación con vejiga neurogénica es frecuente. La manifestación espontánea de las dificultades sexuales en diabéticas es escasa, por ello el interrogatorio debe ser dirigido a su investigación.

Tratamiento de la neuropatía diabética

El tratamiento de la neuropatía diabética puede ser dividido en dos grandes categorías

a) Tratamiento preventivo y

b) Tratamiento de las lesiones existentes

a) Tratamiento preventivo

Mientras que en los diabéticos tipo 1 se ha demostrado que el control glucémico estricto previene las complicaciones neurológicas, en los diabéticos tipo 2 no existe aún tal evidencia. Sin embargo nada hace suponer que el adecuado control de la gluecemia no pueda disminuir la aparición y progresión, en estos últimos, de las lesiones neurológicas.

b) Tratamiento de las lesiones existentes

Antes de iniciar el tratamiento específico de las lesiones neurológicas es fundamental optimizar el control glucémico, ya que existe una relación directa entre la evolución clínica de la complicación y la hiperglucemia.

Neuropatía diabética periférica

Polineuropatía distal y simétrica

En las formas clínicas sensitivas, el tratamiento es el del dolor, pudiendo emplearse analgésicos y, en situaciones extremas, incluso opiáceos. La prescripción de anticonvulsivantes del tipo de la carbamazepina (200 a 400 mg diarios) o antidepresivos tricícliclos como la aminotriptilina (dosis crecientes de 25 a 75 mg. diarios) sola o combinada con carbamazepina, es de utilidad).

En las formas hiperalgésicas la administración de lidocaína endovenosa (3 a 5 mg/kg) puede ser de gran utilidad, pero debe ser realizada por especialista.

El empleo de vitaminas y de gangliosidos es ineficaz.

En las formas clínicas con alteración motora o mixta que se manifiesta en miembros inferiores, es imprescindible educar al paciente respecto del cuidado de sus pies y la elección del calzado. Es especialmente importante caminar los pies de estos pacientes en cada consulta.

Mononeuropatías

En las mononeuropatías de los pares craneanos, el buen control glucémico es el elemento terapéutico más importante. En general, con la normalización de la glucemia se obtiene la remisión del cuadro en un período de 30 a 45 días.

Las radiculopatías son en general de evolución más lenta, el dolor es el síntoma predominante y aquí también son válidas las medidas mencionadas anteriormente. El estricto control glucémico es imprescindible, siendo necesaria con frecuencia la utilización de múltiples dosis de insulina aún en diabéticos tipo 2.

Neuropatía diabética autonómica

Gastroparesia

La prescripción de una alimentación fraccionada es útil; en caso de resultar ineficaz, el empleo de cisapride (5 a 20 mg diarios) es de gran utilidad. La metoclopramida y domperidona son eficaces, pero por corto tiempo. La eritromecina en dosis habituales puede ser de ayuda, ya que actúa estimulando la motilina.

Diarrea nocturna

El empleo de antibióticos es inicialmente eficaz, pero las recidivas son muy frecuentes. La clonidina es útil ya que disminuye el contenido acuoso de las heces, mientras que las drogas que disminuyen la velocidad del tránsito intestinal no modifican su evolución.

Hipotensión postural

La utilización de fluorhidrotisona ha sido recomendada, aunque no produce una normalización de la hipotensión. En los casos extremos puede requerirse el empleo de vendajes compresivos en miembros inferiores y aún en abdomen. También es de importancia enseñar a los pacientes a reconocer los síntomas y aún a evitarlos, modificando los movimientos que producen cambios posturales bruscos.

Denervación cardíaca

No existe tratamiento medicamentoso para la denervación cardíaca del diabético; es importante recomendar a estos pacientes que eviten los ejercicios isométricos, o las maniobras de Valsalva y aun el contacto brusco con piscinas o baños de agua fría, pues estas situaciones pueden precipitar en ellos un paro cardíaco.

Vejiga neurogénica

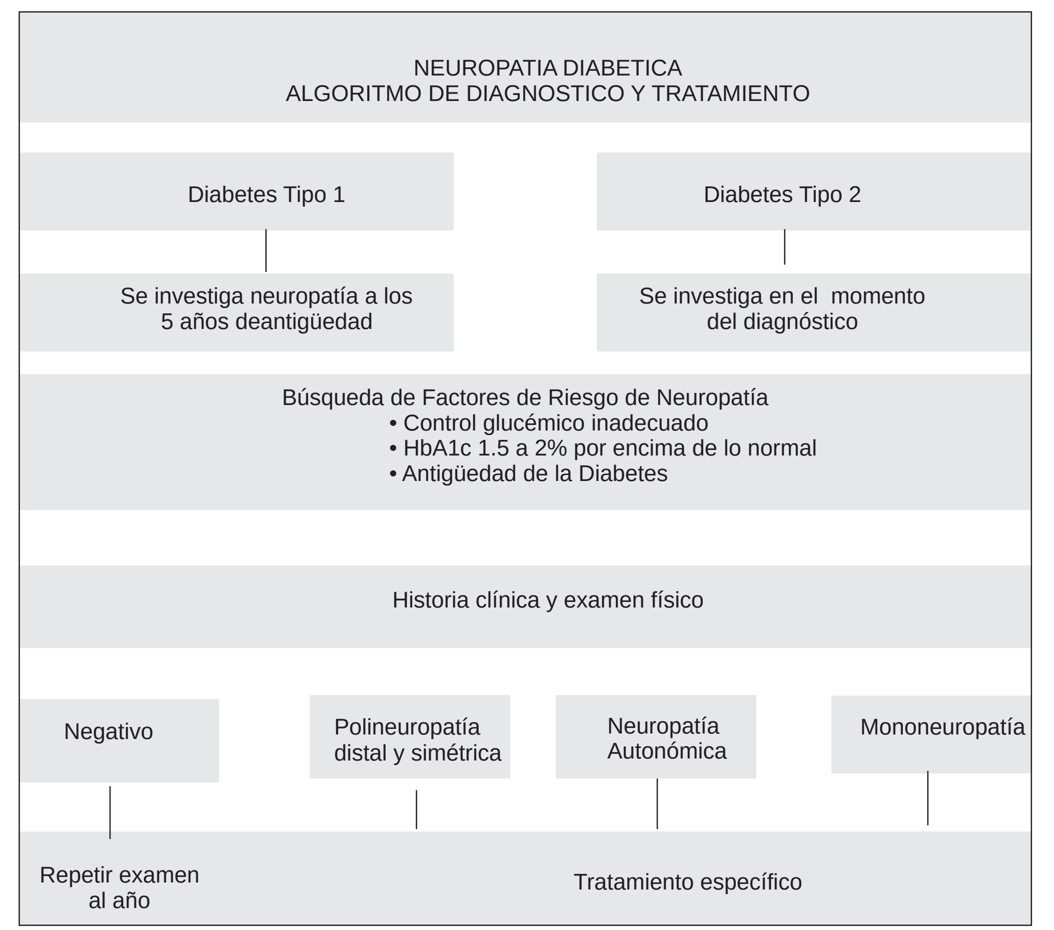
Es importante la reeducación miccional, solicitando al paciente que realice la evacuación vesical frecuente y utilice la prensa abdominal para evitar el residuo.

El tratamiento de las infecciones urinarias bajas con antibióticos es similar al de los pacientes no diabéticos.

Disfunción sexual masculina

Su tratamiento es privativo del especialista en el tema. Los trastornos de la erección de origen neurológico no responden a drogas que pueden ser útiles en impotencias de otro origen.

La solución es difícil y requiere el apoyo de la pareja del paciente ya que la implantación de prótesis intracavernosas da excelentes resultados. El empleo de sustancias vasoactivas intracavernosas también es útil aunque su uso reiterado puede producir inconvenientes difíciles de superar. Tanto las prótesis como la aplicación de sustancias vasoactivas son de responsabilidad urológica, debiendo los pacientes con estas condiciones ser derivados al especialista. La aplicación reciente de prostaglandinas intrauretrales han demostrado ser de utilidad y constituye un método no invasivo, bien aceptado por los enfermos.



Disfunción sexual femenina

La dificultad de lubricación vaginal, es fácilmente solucionada mediante la aplicación intravaginal de alguna sustancia lubricante.

Pie diabético:

estrategias de prevención y tratamiento

Las úlceras y otros problemas de los pies en los pacientes diabéticos son frecuentes, a menudo invalidantes y asociados con una elevada morbimortalidad. Su aparición es el resultado de la interacción de cuatro factores fisiopatológicos principales: la neuropatía diabética periférica, enfermedad vascularperiférica, alteraciones ortopédicas y las infecciones

(Fig. 1).

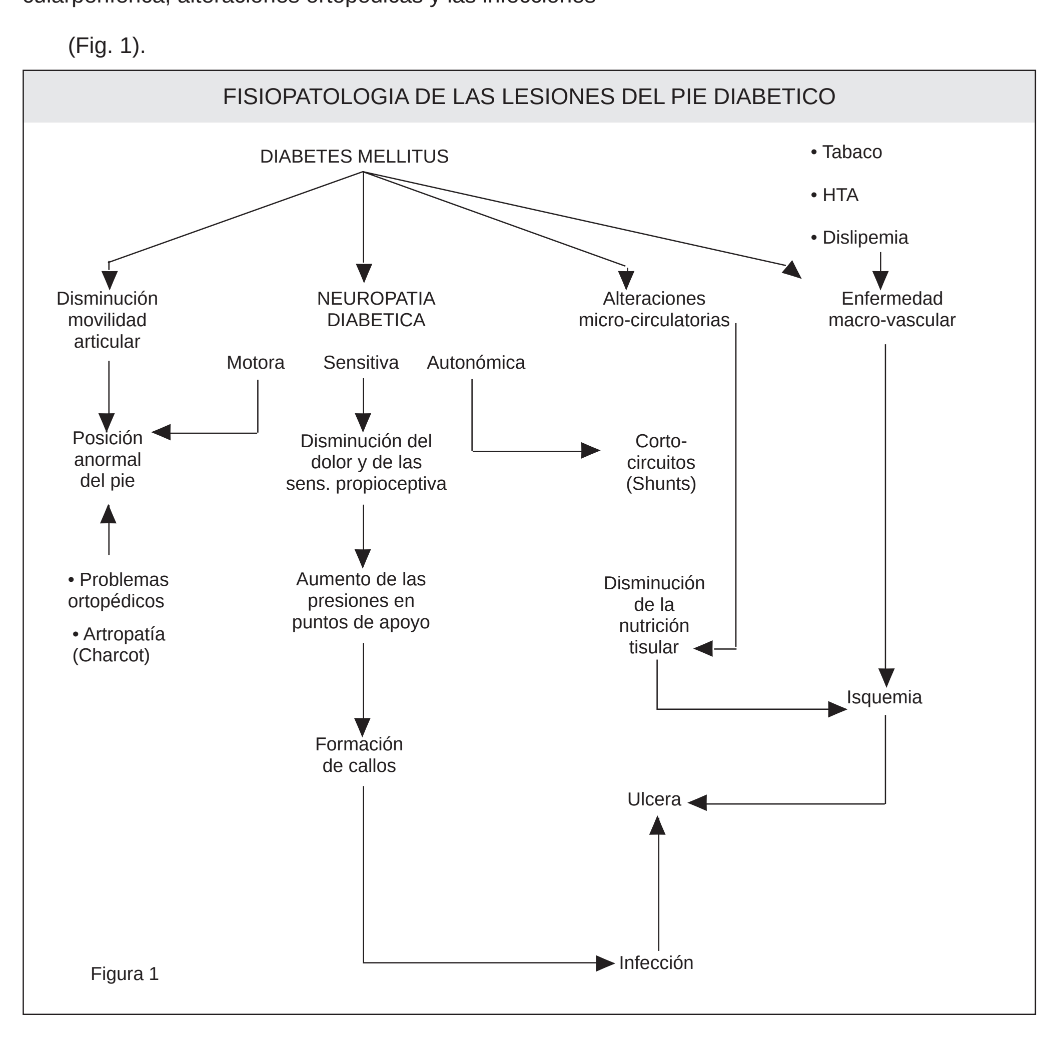


Figura 1

A pesar de no ser estrictamente un factor fisiopatológico, debe incluirse el déficit en educación diabetológica como una de las causas precipitantes de las lesiones del pie en el diabético.

En presencia de neuropatía diabética y/o enfermedad vascular periférica la secuencia traumatismo mínimo -->. ulceración cutánea_ -->. infección y retardo en la cicatrización de la herida conduce frecuentemente a la amputación de una extremidad inferior en pacientes diabéticos.

La prevención de las amputaciones implica desde la simple inspección del pie —con frecuencia realizada en forma negligente— hasta una complicada cirugía vascular. Su manejo apropiado puede prevenir y curar las úlceras del pie y por lo tanto reducir en gran medida el número de amputaciones.

A continuación describimos las pautas esenciales para el cuidado de los pies en la población con diabetes.

Son pacientes diabéticos con alto riesgo desarrollar úlceras o infecciones de

Los pies aquellos que tienen alguna de las condiciones siguientes

• neuropatía diabética periférica

• enfermedad vascular periférica

• deformidades estructurales

• deformidades en piel y uñas

• historia previa de úlceras o infecciones

Estos pacientes deben ser controlados por el clínico en cada consulta.

Son pacientes diabéticos con bajo riesgo de desarrollar lesiones de pie aquellos que no tienen ninguna de las anormalidades arriba señaladas.

Estos pacientes al igual que los anteriores, deben recibir educación diabetológica en la que se destacará la necesidad de la autoinspección diaria y el autocuidado del pie en forma rutinaria.

Pautas generales para la evaluación del pie

Se debe examinar las piernas y los pies de los pacientes, incluyendo los espacios entre los dedos y el aspecto de los talones. Este examen deberá realizarse en cada consulta.

Se debe realizar por lo menos una vez al año un exhaustivo examen neurológico, vascular, musculoesquelético y de los tejidos blandos.

Neuropatía diabética periférica

El estudio neurológico debe incluir el examen sensitivo y motor de las extremidades inferiores. Si existen alteraciones sensitivo-motoras, se debe considerar la modificación de calzado.

Enfermedad vascular periférica

El examen vascular incluirá la inspección de las piernas y los pies buscando cambios isquémicos groseros y la palpación de los pulsos en ambas extremidades inferiores. Si existe evidencia de enfermedad vascular periférica, debe realizarse la consulta con el especialista vascular.

Factor ortopédico

El examen musculoesquelético debe incluir la inspección para detectar anormalidades óseas y la evaluación de la movilidad de la articulación del tobillo. Si existen anormalidades, debe realizar la consulta con el ortopedista.

El examen del paciente incluirá también la búsqueda de anormalidades posturales o de la marcha, con y sin zapatos, y de señales de desgaste anormal de la suela en éstos últimos. En presencia de alguna anormalidad, se debe investigar su causa, proveer una terapéutica apropiada y realizar, cuando sea necesario, la interconsulta correspondiente.

Infecciones

El examinador debe observar si existen signos de otras condiciones que se asocien con los problemas del pie diabético. Las infecciones micóticas son comunes en pacientes diabéticos y son responsables de las uñas distróficas y de la maceración de la piel en los espacios interdigitales que muchas veces sirven como puerta de entrada de los gérmenes patógenos.

Las infecciones también pueden desarrollarse debajo de una zona de hiperqueratosis o en una úlcera isquémica. La insuficiencia vascular periférica puede atenuar los signos de infección.

Educación diabetológica

Los pacientes diabéticos deben ser educados, asegurándose que comprendan las pautas para el cuidado y la prevención de las lesiones del pie.

Los pacientes con bajo riesgo deben ser instruidos acerca de:

1) higiene del pie,

2) calzado adecuado,

3) evitar los traumas del pie,

4) no fumar,

5) conducta a seguir ante la aparición de lesiones, incluyendo cuando consultar al médico.

Los pacientes con alto riesgo y sus familiares deben ser instruidos para realizar diariamente la inspección de los pies.

La educación debe continuar hasta que el paciente pueda repetir y demostrar prácticas apropiadas para el cuidado de pie. Se debe explicar la relación entre las complicaciones neurológicas y vasculares y las alteraciones de los pies.

Ulceras del pie diabético

Si se detecta una úlcera de pie debe evaluarse su ubicación, tamaño, presencia de infección y si existe compromiso del hueso o de las articulaciones. Se han propuesto numerosas clasificaciones, pero la más aceptada es la propuesta por Wagner.

Esta clasificación tiene 6 grados, de 0 a 5 según la profundidad y la extensión de las lesiones (Tabla 1).

Tabla 1

CLASIFICACIONES DE LESIONES DEL PIE SEGUN WAGNER	
Grado 0:	pie de riesgo. No hay úlcera pero existen callos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra u otras deformaciones.
Grado 1:	úlcera superficial (no sobrepasa la piel y el TCS).
Grado 2:	úlcera profunda (llega hasta los tendones y hay infección)
Grado 3:	infección profunda con celulitis, o absceso profundo, a menudo con ostiomielitis.
Grado 4:	gangrena localizada (un dedo o un área pequeña del talón)
Grado 5:	grangrena extensa del pie.

Es esencial que los cuidados de la úlcera del pie sean adecuados y se inicien inmediatamente. El equipo de salud debe:

1) establecer la etiología de la úlcera.

2) medir su tamaño y dibujar la lesión (si es posible fotografiarla, para control de su evolución)

3) establecer su profundidad y determinar el compromiso de las estructuras profundas,

4) examinar la presencia de exudado purulento, necrosis, trayecto sinuoso y olor fétido,

5) investigar en los tejidos de alrededor signos de edema, celulitis, absceso y fluctuación,

6) excluir infección sistémica,

7) realizar la evaluación vascular.

En la Tabla 2 se presentan esquemas básicos para el manejo y seguimiento de las lesiones del pie.

Tabla 2

MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES DEL PIE

GRADO	LESIONES	CARACTERISTICAS	MANEJO	SEGUIMIENTO
0	Piel de riesgo sin úlcera	• Dedos en martillo • Cabezas de metat. prominentes: callos • Hallux valgus • Deformaciones •Sensibilidad ↓ • Enf. vascular perif. (EVP)	• Tratar los callos • Zapatos adecuados • Reducción de factores riesgo • Control metabólico	• Examen de los pies en cada visita • Tratamiento con podólogo • Educación sobre cuidados del pie • Examen completo anual
1	Ulcera superficial	• No sobrepasa el TCS • Sin y con infección • Sitio más frecuente: 1er. metatarsiano	• Tratamiento ambulatorio • Valorar neuropatía y EVP • Cultivo de la úlcera • Debridar y tratar los bordes callosos de la úlcera • Curar 2-3 veces por semana con solución fisiológica. • Antibióticos si hay infección • Rx de pie • No apoyar • Considerar férula	• Cuando la úlcera ha curado: • Reeducación • Zapatos especiales • Reinspeccionar el pie c/visita (mensual) • Monitorear glucemia
2	Ulcera profunda sin afectación ósea	La úlcera penetra hasta los tendones o ligamentos	• Internación • Valorar neuropatía y EVP • Hemocultivo y cultivo de la úlcera • RX del pie • Debridar la úlcera • Antibióticos • No apoyar • Considerar férula	Idem grado 1
3	Infección profunda con afectación ósea	Infección profunda con celulitis o absceso, con osteomielitis	• Internación • Hemocultivo y cultivo de la úlcera • Rx de pie • Estudio de Dopler • Sol. parenterales y antibióticos • Consulta quirúrgica	Si cura: El paciente permanece como pie de alto riesgo. Idem grados 1 y 2
4	Gangrena localizada	La gangrena puede localizarse en un dedo, un talón o en otra zonas dístales del pie	• Internación • Derivación Las lesiones Grado 4 y 5 deben ser manejadas por especialistas con experiencia en esta área.	
5	Gangrena de pie	Gangrena externa de pie		

Examen radiológico

Se lo debe practicar para excluir la presencia de gas en el tejido celular subcutáneo, de un cuerpo extraño, de osteomielitis y de lesiones articulares.

La radiografía simple, puede demostrar reabsorción perióstica y osteolisis, que son sugerentes pero no establecen con certeza el diagnóstico de osteomielitis. Para diferenciar la osteomielitis del pie de Charcot, puede ser necesario realizar estudios de imágenes adicionales (ej.: centellograma de hueso en triple fase con glóbulos blancos marcados, resonancia magnética nuclear) o biopsia de hueso.

Cultivo y antibióticos

Las infecciones bacterianas de las lesiones del pie son comúnmente polimicrobianas. De este modo, si se sospecha la presencia de infección y hasta obtener el resultado del cultivo y antibiograma, deberá iniciarse la cobertura con antibióticos de amplio espectro (dirigidos a gérmenes gram +, gram - y anaerobios) y modificarla si es necesario según los resultados del cultivo. El cultivo por técnica de escobillado puede dar resultados engañosos. La técnica recomendada consiste en la irrigación del tejido necrótico con solución fisiológica estéril seguida del curetaje de la base de la ulceración.

Debridamiento

Las infecciones abscedadas deben ser drenadas y debridadas quirúrgicamente. El debridamiento debe extenderse hasta los tejidos sanos.

Cuidado de la herida

El rol de los baños de pies (por ejemplo, la inmersión prolongada en agua) y de los agentes tópicos en el tratamiento de las úlceras de los pies en diabéticos es controvertido. Aunque se han propuesto diversos agentes tópicos (ej.: soluciones antisépticas) para acelerar la curación de las úlceras, no existen estudios adecuadamente controlados que demuestren su eficacia. Por lo tanto, no se pueden dar recomendaciones generales sobre su empleo.

Control metabólico

La presencia de infecciones suele producir descompensación metabólica y niveles glucémicos fluctuantes. El tratamiento quirúrgico y antibiótico de abscesos e infecciones profundos habitualmente contribuye al mejor control metabólico. Por otra parte, los pacientes con hiperglucemia severa tienen disminuida la capacidad para combatir la infección; por lo tanto, el buen control de la gluecemia debe ser un objetivo primario del cuidado general del paciente. Un pobre estado nutricional puede impedir el proceso de curación, por lo que debe ser corregido rápidamente.

Circulación

Los pacientes que tienen cicatrización retardada o inadecuada y que tienen disminución de los pulsos y/o las presiones por examen de Doppler, pueden ser candidatos para la recanalización vascular. No se ha demostrado que las drogas vasodilatadoras ayuden en la cicatrización de las úlceras del pie de los diabéticos. Se debe evitar el uso de drogas vasoconstrictoras.

Estrés mecánico

Es esencial disminuir la carga del peso del cuerpo sobre la úlcera. Su reducción incluye el reposo en cama, las muletas, una férula de contacto, plantillas y calzado especial.

En pacientes que hacen reposo en cama deben protegerse los talones y los tobillos e inspeccionar diariamente ambas extremidades.

Tratamiento postcicatrización

Los pacientes con úlcera de pie cicatrizada tienen un riesgo mayor para desarrollar futuras ulceraciones.

El programa de educación de estos pacientes debe acentuar el examen diario de los pies y la rápida comunicación con el equipo de salud si el problema progresa (Ver Educación diabetológica).

Los pacientes cuyo trabajo requiere que estén de pie por largos períodos pueden necesitar cambio de tareas. Las opciones de calzado incluyen zapatos blandos o deportivos, plantilla blanda, zapatos extra-profundos (con empeine alto) con refuerzos y zapatos terapéuticos/ortopédicos a medida. Si el equipo de salud carece de información sobre calzados terapéuticos debe asesorarse con especialistas en el tema.

Pie de Charcot

El clínico debe reconocer que un pie tumefacto sin alteraciones radiográficas en un paciente con diabetes, puede representar el estadio temprano de un pie de Charcot. Cuando esta condición está presente, se requiere una cuidadosa observación y reposo apropiado, elevación e inmovilización del miembro. El diagnóstico diferencial entre un pie de Charcot, una infección o una monoartritis puede presentar dificultad y requiere un seguimiento cuidadoso. Los pacientes con pie de Charcot deben ser derivados y manejados por especialistas con experiencia en el tema.



DISPOSICIONES

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

PRODUCTOS COSMETICOS

Disposición 4743/2000

Prohíbese la comercialización y uso en todo el territorio nacional de diversos productos cosméticos.

Bs. As., 4/8/2000

VISTO el expediente N° 1-47-1110-985-00-1 del Registro de esta Administración Nacional; y

CONSIDERANDO:

Que por los presentes actuados por el Instituto Nacional de Medicamentos sugiere suspender la comercialización y uso en todo el territorio nacional de los productos cosméticos 1) AQUA LOOP - Oxidante estabilizado 30 v - Cremoso x 100 cm3 - SESP Cert. N° 69.839 A - SESP Cert. N° 70.610 A Ind. Arg. - Sin más datos. 2) AQUA LOOP - Oxidante estabilizado 30 v - Líquido - x 100 cm3 - SESP Cert. N° 69.839 A - SESP Cert. N° 70.610 A Ind. Arg. - Sin más datos, 3) AQUA LOOP - Oxidante estabilizado 20 v - Cremoso - x 100 cm3 - SESP Cert. N° 68.643 A SESP Cert. N° 64.644 A Ind. Arg. - Sin más datos, 4) AGUA LOOP - Oxidante estabilizado 20 v - Líquido x 100 cm3 - SESP Cert. N° 68.643 A - SESP Cert. N° 64.644 A Ind. Arg. - Sin más datos, 5) AQUA LOOP - Crema oxidante decolorante capilar 30 V - cont. neto 70 cm3 - SESP (borroso) Sin más datos. 6) MISS PRIMONT - Quitaesmalte oleroso - Cont. Neto 65 cm3 - SESP N° 67.441 - B Ind. Arg. - Sin más datos, 7) AQUA LOOP - Oxiplus Máxima Fijación 20 v x 70 cm3 - Ind. Arg. SESP Cert. N° 68.643 A, Sin más datos, 8) MISS PRIMONT - cera depilatoria Sistema Español - Cont. Neto 500 g, Sin más datos, 9) ACTIVADOR OLEO DE LINO DR. DUVAL x 20 gr. Ind. Arg. PAMS Cert. N° 1722 (borroso) - Elaborado por Química Ariel - Res. MS y AS 337/9 - Leg. N° 2490 - Sin más datos, 10) LINEA PEDICA - LIQUIDO ABLANDADOR SUAVIZANTE DE DUREZAS - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 500 cc - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S. A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 11) LINEA PEDICA - LOCION ANTISEPTICA CON CLORURO DE BANZALCONIO - DR. DUVAL Cosmética profesional - Con neto 240 cc - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S. A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 12) LINEA ESTETICA - CREMA HUMECTANTE CON ELASTINA Y VITAMINA E - DR. DUVAL - Cosmética profesional - Cont. 1000g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S. A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 13) LINEA ESTETICA - CREMA DE ORDEÑE PLUS - DR. DUVAL - cosmética profesional Cont. neto 1000 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 14) LINEA ESTETICA - CREMA BASE PROFESIONAL - DR. DUVAL - cosmética profesional Cont. Neto 1000 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 15) LINEA ESTETICA - LOCION ASTRINGENTE CON HAMMAMELIS - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 240 cc - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 16) LINEA ESTETICA - CREMA SEDANTE DESCONGESTIVA CON CAMOMILLA - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 1000 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 17) LINEA ESTETICA - LOCION CRIOGENA - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 1000 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 18) LINEA ESTETICA - MASCARA DESCONGESTIVA CON CAPSICO Y ARNICA - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 500 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92., y 19) LINEA ESTETICA - MASCARA DE FANGO MINERAL CON HAMMAMELIS - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neta 500 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S. A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92.

Que mediante el procedimiento originado por la Orden de Inspección N° 0079/00 se procedió a llevar a cabo una inspección en el local comercial denominado MEGA BAUTY MALL ubicado en Avenida Córdoba 4625, Ciudad de Buenos Aires.

Que los inspectores actuantes retiraron de dicho local, unidades de los productos cosméticos enumerados en el primer párrafo del considerando de la presente.

Que posteriormente por OI N° 890/00 se inspeccionó al establecimiento COSMETICA PRIMONT S.R.L. sita en la calle Centenera 806, Hurlingham, provincia de Buenos Aires, ya que en los rótulos de los productos encontrados figuraba como elaborada de los mismos.

Que durante el procedimiento en cuestión un representante legal de firma, el Sr. Cardona, informó que los productos de los ítems 1 a 7 son elaborados por ellos y que los restantes son elaborados en el Laboratorio Química Ariel, siendo titular de los mismos Cosmética Primont S.R.L. y que todos ellos NO se encuentran inscriptos a nivel Nacional.

Que finalmente por O.I. N° 892/00 se inspeccionó al establecimiento de la firma QUIMICA ARIEL S.A. sito en la calle Charlone N° 5753, San Martín, Provincia de Buenos Aires.

Que en dicho procedimiento se encontraron rótulos de los productos enumerados en los ítems 10 al 19. Según informa un representante que la firma elaborada los productos de la Línea DR. DUVAL, siendo el titular de los mismos la firma COSMETICA PRIMONT S.R.L. Por otra parte manifiesta que no se están elaborando estos productos en la actualidad.

Que a pesar de lo manifestado, se encontraron en Cosmética Primont S.R.L. remitos que indicarían la comercialización de los mismos entre las firmas QUIMICA ARIEL S.A. y COSMETICA PRIMONT S.R.L. con fecha 28/04/00. El presidente de la firma inspeccionada en esa oportunidad no poseía los registros de los productos al momento de la Inspección por lo que se comprometió por acta a remitir al INAME copia de los certificados de los productos de la línea DR. DUVAL, no habiendo sido aportados hasta el momento.

Que en última instancia, el Departamento de Registro interviene a fs. 40 del expediente de referencia informando que ambas firmas COSMETICA PRIMONT S.R.L. y QUIMICA ARIEL S.A. se encuentran inscriptas a nivel nacional la primera con legajo N° 5889 del 25/10/1999 y la segunda con Legajo N° 3349, del 8/7/1997.

Que sin perjuicio de ello, y de acuerdo con lo oportunamente informado por el INAME los productos encontrados no se encuentran registrados ante esta Administración Nacional.

Que desde el punto de vista sustantivo y teniendo en cuenta lo que dispone el Artículo 3° de la Resolución MS y AS N° 155/98, por tratarse de productos no autorizados para su comercialización, por lo que no puede garantizarse la calidad, eficacia e inocuidad de los mismos.

Que desde el punto de vista procedimental, lo actuado por el INAME se enmarca dentro de lo autorizado por el Art. 2 de la Disposición ANMAT 3621/97, resultando competente la ANMAT en virtud de las atribuciones conferidas por el Decreto N° 1490/92 en su Art. 10 inc.) q).

Que corresponde disponer la prohibición de comercialización en todo el territorio nacional de los productos cosméticos citados y ordenar la instrucción de un sumario sanitario contra las firmas COSMETICA PRIMONT S.R.L. y QUIMICA ARIEL S.A. y contra los directores técnicos de ambas por presunta infracción al art. 3° de la Resolución MS y AS N° 155/98.

Que el Instituto Nacional de Medicamentos, el Departamento de Registro y la Dirección de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto N° 1490/92.

Por ello,

EL DIRECTOR NACIONAL
DE LA ADMINISTRACION NACIONAL
DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS
Y TECNOLOGIA MEDICA
DISPONE:

Artículo 1° — Prohíbese la comercialización y uso en todo el territorio nacional de los productos cosméticos denominados 1) AQUA LOOP .- Oxidante estabilizado 30 v - Cremoso x 100 cm3 - SESP Cert. N° 69.839 A - SESP Cert. N° 70.610 A Ind. Arg. - Sin más datos. 2) AQUA LOOP - Oxidante estabilizado 30 v- Líquido - x 100 cm3 - SESP Cert. N° 69.839 A - SESP Cert. N° 70.610 A Ind. Arg. - Sin más datos, 3) AQUA LOOP - Oxidante estabilizado 20 v - Cremoso - x 100 cm3 - SESP Cert. N° 68.643 A SESP Cert. N° 64.644 A Ind. Arg. - Sin más datos, 4) AGUA LOOP - Oxidante estabilizado 20 v - Líquido x 100 cm3. - SESP Cert. N° 68.643 A - SESP cert. N° 64.644 A Ind. Arg. - Sin más datos, 5) AQUA LOOP - Crema oxidante decolorante capilar 30 V - cont. neto 70 cm3 - SESP (borroso) Sin más datos., 6) MISS PRIMONT - Quitaesmalte oleoso - Cont. Neto 65 cm3 - SESP N° 67.441 - B Ind. Arg. - Sin más datos, 7) AQUA LOOP - Oxiplus Máxima Fijación 20 v x 70 cm3 - Ind. Arg. SESP Cert. N° 68.643 A, Sin más datos, 8) MISS PRIMONT - cera depilatoria Sistema Español - Cont. Neto 500 g, Sin más datos, 9) ACTIVADOR OLEO DE LINO DR. DUVAL x 20 gr. Ind. Arg. PAMS Cert. N° 1722 (borroso) - Elaborado por Química Ariel - Res. MS y AS 337/9 - Leg. N° 2490 - Sin más datos, 10) LINEA PEDICA - LIQUIDO ABLANDADOR SUAVIZANTE DE DUREZAS - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 500 cc - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 11) LINEA PEDICA - LOCION ANTISEPTICA CON CLORURO DE BANZALCONIO - DR. DUVAL Cosmética profesional - Con neto 240 cc - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 12) LINEA ESTETICA - CREMA HUMECTANTE CON ELASTINA Y VITAMINA E - DR. DUVAL - Cosmética profesional - Cont. 1000g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 13) LINEA ESTETICA - CREMA DE ORDEÑE PLUS - DR. DUVAL - cosmética profesional Cont. neto 1000 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 14) LINEA ESTETICA - CREMA BASE PROFESIONAL - DR. DUVAL - cosmética profesional Cont. Neto 1000 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 15) LINEA ESTETICA - LOCION ASTRINGENTE CON HAMMAMELIS - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 240 cc - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 16) LINEA ESTETICA -CREMA SEDANTE DESCONGESTIVA CON CAMOMILLA - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 1000 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 17) LINEA ESTETICA - LOCION CRIOGENA - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 1000 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, 18) LINEA ESTETICA - MASCARA DESCONGESTIVA CON CAPSICO Y ARNICA - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 500 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92, y 19) LINEA ESTETICA - MASCARA DE FANGO MINERAL CON HAMMAMELIS - DR. DUVAL Cosmética profesional - Cont. Neto 500 g - Ind. Arg. Elaborado por Química Ariel S.A. Calle 39 (Charlone) 5753 - Villa Ballester - Buenos Aires - Leg. N° 2490 - Res. MS y AS 337/92; por tratarse de productos que carecen de la autorización para ser comercializados emitida por esta Autoridad Sanitaria.

Art. 2° — Instrúyase sumario sanitario contra las firmas COSMETICA PRIMONT S.R.L. y QUIMICA ARIEL S.A. y contra los directores técnicos de ambas, por presunta infracción a al art. 3° de la Resolución MS y AS N° 155/98, el que deberá hacerse extensivo a toda persona física o jurídica que con motivo de la investigación que se inicia pudiera resultar implicado en los hechos evidenciados.

Art. 3° — Regístrese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación, notifíquese al interesado, comuníquese a quien corresponda. Dése copia al Departamento de Relaciones Institucionales a sus efectos. Pase al Departamento de Sumarios para que tome la intervención de su competencia. Cumplido, archívese.- Estela Raquel Gimenez.

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

ESPECIALIDADES MEDICINALES

Disposición 4744/2000

Prohíbese la comercialización y uso en todo el territorio nacional de la preparación rotulada como Alka Seltzer Vía Oral x 10 Comprimidos, lote 8526 A, Vto. 04/01 marca registrada de la firma Bayer Argentina S.A.

Bs. As., 4/8/2000

VISTO el Expediente Nº 1-47-1110-1092-00-0 del Registro de esta Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica; y

CONSIDERANDO:

Que en el marco del Programa de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos, el Instituto Nacional de Medicamentos procedió a llevar a cabo una inspección (Orden de Inspección Nº 10097/00) en la farmacia GALENFARM con domicilio en la calle Italia 1300, Clorinda, Provincia de Formosa.

Que durante dicho procedimiento los inspectores actuantes retiraron muestras de la preparación rotulada como ALKA SELTZER Vía Oral x 10 Comprimidos, lote 8526 A Vto. 04/01 marca registrada de la firma BAYER ARGENTINA S.A.

Que como consecuencia de ello, el Instituto Nacional de Medicamentos procedió a exhibir al director técnico de la firma BAYER ARGENTINA S.A, las muestras del producto obtenidas en la farmacia referida, quien no las reconoció como propias del laboratorio porque si bien ellos comercializaban un producto similar, éste fue discontinuado desde hace varios años. Dichas conclusiones fueron volcadas en el Acta de Inspección que se agrega a fs. 5/6.

Que a fs. 2 se agrega el informe producido por la Coordinadora del Programa de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos, quien concluye que de acuerdo con las constancias recabadas obrantes en el expediente se trata de un producto ilegítimo.

Que desde el punto de vista procedimental, lo actuado por el INAME se enmarca dentro de lo autorizado por el Art. 13 de la Ley Nº 16.463, resultando competente la ANMAT en virtud de las atribuciones conferidas por el Decreto Nº 1490/92 art. 10 inc. q).

Que a fs. 2 se agrega el informe producido por la Coordinadora del Programa de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos, quien concluye que de acuerdo con las constancias recabadas obrantes en el expediente se trata de un producto ilegítimo.

Que lo actuado por el INAME se enmarca dentro de lo autorizado por el Art. 13 de la Ley Nº 16.463, resultando competente la ANMAT en virtud de las atribuciones conferidas por el Decreto Nº 1490/92 art. 10 inc. q).

Que en los términos previstos por el Decreto Nº 1490/92 en su art. 10 inc. s) resulta necesario disponer la prohibición de comercialización en todo el país del lote ilegítimo.

Que el Instituto Nacional de Medicamentos y la Dirección de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto Nº 1490/92.

Por ello:

EL DIRECTOR NACIONAL
DE LA ADMINISTRACION NACIONAL
DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS
Y TECNOLOGIA MEDICA
DISPONE:

Artículo 1º — Prohíbese la comercialización y uso en todo el territorio nacional de la preparación rotulada como ALKA SELTZER Vía Oral x 10 Comprimidos, lote 8526 A, Vto. 04/01 marca registrada de la firma BAYER ARGENTINA S.A.

Art. 2º — Gírese copia certificada de las presentes actuaciones a la Comisión de Fiscales creada por Resolución Nº 54/97 de la Procuración General de la Nación, a efectos de que formule, en caso de corresponder, la pertinente denuncia penal.

Art. 3º — Gírese copia certificada de las presentes actuaciones al Ministerio de Salud de la Provincia de Formosa para que tome la intervención de su competencia, en punto a determinar si se han infringido las normas que regulan la actividad de las farmacias en esa jurisdicción.

Art. 4º — Regístrese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación, comuníquese a las autoridades provinciales y a las del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, a CAEME, CILFA, CAPEMVel, COOPERALA, a la COFA y a FACAF. Dése copia al Departamento de Relaciones Institucionales. Gírese al Departamento de Asuntos Judiciales a sus efectos. Cumplido, archívese. — Estela R. Gimenez.

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

ESPECIALIDADES MEDICINALES

Disposición 4745/2000

Clausúrase preventivamente el establecimiento de la firma Rigecin Labs S.A.C.I.F.I.

Bs. As., 4/8/2000

VISTO el Expediente Nº 1-47-1110-1454-00-1 del Registro de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, y

CONSIDERANDO:

Que a través los presentes actuados Instituto Nacional de Medicamentos informa que en cumplimiento de la Orden Nº 1241/00, procedió a la inspección del establecimiento ubicado en la calle Cachi 1204/6 - Ciudad de Buenos Aires, perteneciente a la firma RIGECIN LABS S.A.C.I.F.I., a efectos de verificar el cumplimiento de Buenas Prácticas de Fabricación y Control.

Que a través de dicho procedimiento se evidenció faltas a las normas de Buenas Prácticas de Fabricación y Control, razón por la cual recomienda la clausura preventiva de la citada firma.

Que a fs. 3/14 luce el Acta de Inspección confeccionada como resultado del procedimiento precedentemente expuesto, de la cual surgen las anormalidades detectadas.

Que en virtud de lo normado por el art. 1º de la Ley 16.463, la elaboración de medicamentos se encuentra sometida al cumplimiento de los requisitos por ella establecidos. Así, el art. 2º de la mencionada ley establece, que las actividades mencionadas en su artículo 1º, deberán realizarse en cumplimiento de las condiciones y dentro de las normas que establezca la reglamentación, atendiendo a las características particulares de cada actividad y a razonables garantías técnicas, en salvaguarda de la salud pública y de la economía del consumidor, entre otros requisitos.

Que por Disposición ANMAT Nº 1149/97, se estableció la obligatoriedad del cumplimiento del Documento A- 1/91 "Soluciones Parenterales de Gran Volumen", receptadas en los Anexos de la citada norma, para los establecimientos fabricación, importación y/o distribución de Soluciones Parenterales de Gran Volumen.

Que en atención a la circunstancia descripta, queda claramente evidenciado el riesgo sanitario presente en la elaboración de productos destinados a la salud de la población, en un establecimiento no idóneo para garantizar la calidad con que llegan al mercado consumidor, extremo que amerita la toma de la medida sugerida por el Instituto Nacional de Medicamentos, la que resulta razonable y proporcionada.

Que atento la presunta infracción al art. 2º de la Ley 16.463 y Disposición ANMAT Nº 1149/97, corresponde la iniciación del sumario sanitario correspondiente.

Que desde el punto de vista procedimental y respecto de la medida aconsejada por el organismo actuante cabe opinar que resulta competente esta Administración Nacional en virtud de las atribuciones conferidas por el Decreto Nº 1490/92 y Disposición ANMAT Nº 1930/95, y que las mismas se encuentran autorizadas por los incs. l) y ñ) del Artículo 8º del Decreto Nº 1490/92, y art. 1º de la Disposición ANMAT Nº 1149/97.

Que el Instituto Nacional de Medicamentos y la Dirección Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en virtud de las facultades conferidas por el Decreto Nº 1490/92.

Por ello,

EL DIRECTOR NACIONAL
DE LA ADMINISTRACION NACIONAL
DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS
Y TECNOLOGIA MEDICA
DISPONE:

Artículo 1º — Clausúrase preventivamente el establecimiento ubicado en la calle Cachi 1204/06 - Ciudad de Buenos Aires, perteneciente a la firma RIGECIN LABS S.A.C.I.F.I., como elaborador de Soluciones Parenterales de Gran Volumen, hasta tanto acredite el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Fabricación y Control, Disposiciones ANMAT Nros. 1930/95 y 1147/97.

Art. 2º — Instrúyase sumario sanitario a la firma RIGECIN LABS S.A.C.I.F.I. y a su Director Técnico, por presunta infracción al art. 2º de la Ley 16.463 y Disposición ANMAT Nº 1149/97, como así también toda aquella normativa cuyo incumplimiento quede demostrado durante el proceso sumarial, el que deberá hacerse extensivo a toda persona física o jurídica que, con motivo de la investigación que se inicia, pudiera resultar implicada en la comisión de las presuntas infracciones.

Art. 3º — Regístrese; Dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación en el Boletín Oficial; Comuníquese al Instituto Nacional de Medicamentos, como así también a las Cámaras de entidades Profesionales correspondientes. Dése copia al Departamento de Relaciones Institucionales. Cumplido, gírese al Departamento de Sumarios de la Dirección de Asuntos Jurídicos. — Estela R. Gimenez.

CONCURSOS OFICIALES

NUEVOS

INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES

Resolución N° 729/2000

Bs. As., 11/8/2000

VISTO lo dispuesto por los artículos 3° incisos a) y j) y 28 inciso n) de la Ley N° 17.741 y sus modificatorias, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 3° inciso a) de la Ley N° 17.741 y sus modificatorias fija como atribución del Director Nacional de Cine y Artes Audiovisuales la de auspiciar concursos y establecer premios, en tanto que el artículo 28 inciso n) de la Ley citada faculta a aplicar sumas del Fondo de Fomento Cinematográfico a las actividades que conforme la Ley mencionada deben llevarse a cabo.

Que asimismo el artículo 3° inciso j) de la ley citada autoriza a coproducir con entidades privadas, películas que atribuyan al desarrollo de la comunidad nacional.

Que si bien en la especie no se trata de una coproducción, la previsión citada es aplicable teniendo en cuenta el objeto que se expone en el considerando siguiente.

Que por ello se ha resuelto establecer un premio al proyecto audiovisual que tenga como tema la presentación del ambiente en el marco del desarrollo sustentable, para el ganador del concurso que se llame con tal finalidad, conforme lo establecido por la Resolución N° 694/00/INCAA.

Que en consecuencia corresponde dictar Resolución fijando el premio y las bases de dicho concurso.

Por ello,

EL DIRECTOR NACIONAL
DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Llámase a concurso para la producción de un proyecto audiovisual, que deberá estar terminado en paso de 35 mm. que tenga como tema la preservación del ambiente en el marco del desarrollo sustentable, con una duración entre 90 y 120 minutos en blanco y negro o color, pudiendo ser documental o de ficción.

ARTICULO 2° — Fíjanse los días 1 de septiembre y 30 de septiembre de 2000 como apertura y cierre de las presentaciones a intervenir en dicho concurso. En caso de remisiones por vía postal se estará a la fecha de imposición en la Oficina de Correos de que se trate.

ARTICULO 3° — Podrán participar en el concurso al que se llama por esta Resolución todas aquellas personas físicas o de existencia ideal que se encuentren inscriptas en los registros del Instituto Nacional de Cine y Artes Audiovisuales como productores.

ARTICULO 4° — El proyecto que resulte seleccionado como ganador del concurso recibirá un premio en dinero, en pesos, que se entregará al ganador en la forma que esté establecida para la liberación de créditos para la producción cinematográfica.

A los fines del pago de las últimas sumas correspondientes el ganador deberá entregar al INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES, además de la primera copia, una copia tiraje y un master digital, todas las cuales pasarán a formar parte de la Cinemateca del Organismo. Deberá entregarse asimismo la copia a que refieren las Resoluciones Nros. 1198/97/INCAA y 1206/97/INCAA. El costo de la misma deberá incluirse en el presupuesto a presentar.

ARTICULO 5° — El ganador del concurso deberá suscribir un acuerdo para la realización del producto audiovisual seleccionado. Para ello tendrá un plazo de TREINTA (30) días a contar desde la fecha de notificación de haber sido declarado ganador del concurso.

ARTICULO 6° — Los presupuestos que se presenten deberán cumplir las normas al respecto dictadas por el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES.

ARTICULO 7° — Apruébanse los requisitos contenidos en el ANEXO I de la presente Resolución y que la integra, referentes a la presentación de los proyectos que deseen participar en el concurso al que se llama por esta Resolución.

ARTICULO 8° — No podrán participar en el concurso al que se llama por esta Resolución quienes registren deudas vencidas e impagas con el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES.

ARTICULO 9° — El que resulte ganador del concurso tendrá un plazo de CIENTO OCHENTA (180) días corridos a partir de la primera liberación de fondos por el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES para entregar la primera copia del producto de que se trate. La falta de cumplimiento con la entrega en dicho plazo dará derecho al INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES a que le sean restituidas las sumas entregadas, ello previo intimación por DIEZ (10) días corridos al cumplimiento.

ARTICULO 10. — El productor del proyecto ganador recibirá los subsidios establecidos por la Ley N° 17.741 y sus modificatorias y normas reglamentarias. El monto entregado como premio se deducirá de tales subsidios.

ARTICULO 11. — La propiedad del producto audiovisual que se realice en virtud del presente concurso será del productor del mismo.

ARTICULO 12. — En los créditos del producto audiovisual ganador deberá incluirse en forma notoria la siguiente leyenda: "La presente película ha sido realizada con el aporte del premio otorgado por el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES y la FUNDACION AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES".

ARTICULO 13. — La FUNDACION AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES dispondrá la forma de auspicio al proyecto ganador del presente concurso.

ARTICULO 14. — Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el ganador deberá cumplir ante el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES con todos los trámites y requisitos atinentes a la liberación de los fondos del premio establecido por la presente Resolución. La entrega de fondos que aporte el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES de su presupuesto, está sujeta a disponibilidad presupuestaria.

ARTICULO 15. — El INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES nombrará un JURADO que estará integrado por CINCO (5) miembros y que seleccionará al proyecto ganador del presente concurso. Tendrá dicho JURADO un plazo de TREINTA (30) días hábiles para expedirse, debiendo seleccionar además un proyecto en carácter de suplente para el caso de desistimiento o incumplimiento del titular del proyecto ganador. La actuación del JURADO se ajustará a lo establecido en la Resolución N° 613/00. Los resultados del concurso se darán a conocer mediante publicación en el BOLETIN OFICIAL.

ARTICULO 16. — La participación en el presente concurso implica el conocimiento y aceptación de lo dispuesto en la presente Resolución.

ARTICULO 17. — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese. — Dr. JOSE MIGUEL ONAINDIA, Director Nacional de Cine y Artes Audiovisuales.

CONCURSO DE MEDIO AMBIENTE

Los interesados en el Concurso deberán cumplimentar los siguientes requisitos para la presentación de los proyectos:

— La inscripción debe hacerse en sobre cerrado conteniendo:

a) Certificado de depósito en la Dirección Nacional de Derecho de Autor.

b) Autorización por escrito y con firma certificada por Escribano Público o entidad bancaria extendida por el autor del guión en caso de no ser él mismo el presentante del proyecto.

c) Datos personales del presentante del proyecto conteniendo: Nombre y apellido, domicilio, número de documento de identidad, número telefónico o de fax.

d) Constancia de inscripción como productor ante el INCAA.

e) Guión literario o técnico en seis copias.

f) Nómina del equipo técnico y del elenco artístico.

g) Presupuesto desglosado por rubros con discriminación de aportes de capital, bienes o servicios a efectuar por el concursante o terceros, debiendo en este caso darse cumplimiento con lo dispuesto por la Resolución 1919/97.

h) Plan financiero del proyecto.

i) Diagrama de tiempos de preproducción, rodaje y postproducción.

2. — Los sobres deberán ser presentados con firma cruzada, en Mesa de Entradas del INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES, Lima 319, Piso 1°, Capital Federal, en el horario de 10:00 a 17:00 horas. Asimismo en el exterior de dicho sobre deberá hacerse constar el nombre del presentante, título del proyecto y categoría del concurso al que se presenta precedido de la leyenda "CONCURSO DE MEDIO AMBIENTE".

3. — Los proyectos permanecerán cerrados hasta su apertura por el Jurado interviniente.

4. — El incumplimiento de los requisitos y forma de presentación dispuestos en este Anexo producirá la automática eliminación de la participación en el concurso.

e. 22/8 N° 326.572 v. 22/8/2000

MINISTERIO DEL INTERIOR

CAJA DE RETIROS, JUBILACIONES Y PENSIONES DE LA POLICIA FEDERAL

La Caja de Retiros, Jubilaciones y Pensiones de la Policía Federal en el marco del proceso de jerarquización del Sector Público convoca a quienes deseen postularse para cubrir las Funciones Ejecutivas del cargo que seguidamente se detalla:

Funciones Ejecutivas - Nivel III -

Dirección de Asuntos Jurídicos

Podrán presentarse agentes comprendidos en el Sistema Nacional de la Profesión Administrativa de la Jurisdicción, como así también postulantes de otras áreas del Sector Público y ámbito Privado y que reúnan los requisitos particulares establecidos para el puesta a cubrir.

Los interesados deberán retirar perfil y recomendaciones, y presentar la documentación pertinente en Sarmiento 1624 —2° Piso, Dirección de Recursos Humanos y Organización— en el horario de 10:00 a 13:00, en los días hábiles entre el 4 y el 8 de Septiembre de 2000, inclusive. Los postulantes que residan a más de CINCUENTA (50) km. del lugar de inscripción, podrán enviar los antecedentes e inscripción por correo, a tal efecto sólo se tomarán en cuenta los sobres que se reciban hasta la hora 14:00 del día 8 de septiembre de 2000.

El tratamiento de la información será confidencial. — OMAR ENRIQUE PINTO, Comisario General (R) Ex - Jefe de la Policía Federal, Presidente.

e. 22/8 N° 326.639 v. 22/8/2000

AVISOS OFICIALES
NUEVOS

ENTE TRIPARTITO DE OBRAS Y SERVICIOS SANITARIOS

Resolución N° 83/2000

Bs. As., 3/8/2000

VISTO lo actuado, y

CONSIDERANDO:

Que las presentes actuaciones fueron iniciadas por la GERENCIA DE RELACIONES INSTITUCIONALES a raíz de incumplimientos por parte de AGUAS ARGENTINAS S.A. como consecuencia de haberse verificado conductas de la misma que evidencian su responsabilidad en la situación producida en noviembre de 1999 en ocasión de la habilitación del servicio de provisión de agua potable en el llamado “Barrio Domingo F. Sarmiento”, vecino al denominado “Barrio Central”. En esas circunstancias, a los fines de abastecer la expansión y a estar a los antecedentes, se provocaron deficiencias en el barrio que ya contaba con el servicio (Barrio Central), pues las redes están entrelazadas.

Que el Directorio en su reunión del 13.04.2000 (Acta N° 8/00) dio por iniciado el proceso sancionatorio del Numeral 13.6 del Contrato de Concesión y que a través de la nota ETOSS N° 10642/00 se intimó a la concesionaria a efectuar su descargo por incumplimiento de la normativa prevista en el Numeral 4.1 del Contrato de Concesión.

Que oportunamente se le otorgó vista a la concesionaria de los obrados, agregándose a fs. 51/54 el descargo que presentara en el plazo establecido mediante nota ENT N° 6677/00.

Que con relación a dicho descargo, desde la faz formal cabe enunciar que ha sido presentado en legal tiempo y forma.

Que desde la faz sustancial, el descargo de mención ha sido analizado por la Gerencia de Calidad del Servicio a través del informe obrante a fs. 57/58, habiéndose establecido que, en su opinión, no se han aportado argumentos que llevan a levantar la imputación efectuada.

Que comienza en su presentación la concesionaria reconociendo la existencia de los inconvenientes y que los mismos lo fueron como consecuencia de la habilitación del servicio para el “Barrio Sarmiento”, para lo cual recurrió provisoriamente, ante inconvenientes surgidos del tendido de redes de alimentación eléctrica, a los pozos que abastecían al Barrio Central, ocasionándose con ello deficiencias de presión.

Que atribuye la prestadora los inconvenientes a que la estrategia de puesta en funcionamiento debió ser ajustada, por esos motivos, luego de la habilitación iniciada.

Que estos argumentos invocados señalan así, desde un comienzo, que la imputación efectuada respondía a un hecho cierto y verificare, y que la acción de Aguas Argentinas S.A. para la habilitación de las redes debió necesariamente ser meditada por ella y evaluada en los inconvenientes posibles, los que luego se dieron en la realidad.

Que como bien ha señalado la Gerencia de Calidad del Servicio de este Ente Regulador “la utilización de los recursos de abastecimiento del Barrio Central para abastecer otras zonas implica un aumento de la demanda, que no puede ser considerada como sobredemanda imprevista, pues fue originada por una acción del concesionario que previamente debió ser evaluada a fin de evitar las deficiencias que aquí se tratan”.

Que el descargo de la prestadora presenta una serie de afirmaciones, en su afán de justificar lo sucedido, que sólo sirven para considerarlas como una aceptación de los hechos. Efectivamente, por un lado se sostiene que “los inconvenientes respondieron a ...”, con los que los reconocen, para luego agregar que fueron “solucionados los inconvenientes de presión en ambos barrios”, con lo que también aceptan la entidad de lo sucedido, para finalmente expresar que “se considera un excesivo rigorismo el calificar este período de pocos días en que se verificó una baja de presión ...”, con lo cual señalan que el mismo no fue de unas pocas horas sino de varios días; ello al margen de rechazarse la calificación de “excesivo rigorismo” cuando los hechos estén plenamente aceptados.

Que cabe también rechazar la pretensión de Aguas Argentinas S.A. de que su accionar haya respondido a “una conducta diligente y respetuosa del usuario”, cuando fue justamente todo lo contrario. No sólo aparece su actuación como efectuada en forma apresurada, lo que la llevó a suspender la habilitación para iniciarla después otra vez, debiendo también suspender la facturación a los vecinos del Barrio Sarmiento, con el dispendio de tiempo y gasto que ello implica, sino que lo menos puede pensarse es en una conducta respetuosa, cuando dejaron, y así lo reconocen, a dos barrios (de considerable extensión) con baja presión durante varios días, y si bien suspendieron la facturación a uno de ellos, nada dicen con relación al otro (Barrio Central), a quien prestaron el servicio en condiciones deficientes y con la facturación sin alteraciones.

Que queda así configurada la violación a la norma del Numeral 4.1. del Contrato de Concesión, tal como se hiciera constar al dar traslado a la prestadora de la apertura del procedimiento sancionatorio, no habiendo Aguas Argentinas S.A. prestado el servicio al que está comprometida en las áreas establecidas y para la fecha indicada, en condiciones que garanticen su continuidad, regularidad, calidad y generalidad, de manera de asegurar su eficiente prestación a los Usuarios.

Que definida la cuestión de los hechos, debe analizarse lo argumentado en el punto III del descargo en orden a que la concesionaria considera que no puede efectuársele un reproche punible con encuadre en el actual Numeral 13.10.10 del Contrato de Concesión, toda vez que —dicen— dicha cláusula exige “que se haya intimado al Concesionario en forma previa al cumplimiento de la obligación ... indicándose ... la sanción a aplicar en caso de subsistir el incumplimiento”.

Que considera Aguas Argentinas S.A. que frente a esta norma resulta inaceptable lo expresado por el Ente respecto a “la imposible aplicación de la parte final del citado Numeral 13.10.10 en cuanto hace lugar a la intimación para subsanar el hecho, pues el mismo ha sido limitado en el tiempo, y a la fecha ha concluido”.

Que la argumentación de la prestadora en orden a que la citada norma del Contrato de Concesión refiere sólo a situaciones residuales, dado que la misma permite únicamente las sanciones a hechos fuera de la tipología de los numerales 13.10.2 al 13.10.6. y que se exige para su invocación, y eventual aplicación, una serie de recaudos, entre los cuales figura el de la intimación previa a cesar en el incumplimiento, lleva al absurdo de considerar —por la concesionaria— que todo incumplimiento en el accionar de la prestadora que no esté tipificado (y que se dan en una amplísima variedad de posibles casos), sólo puede llevar a sanción cuando este Organismo intervenga de inmediato de registrado el hecho, y mientras el mismo esté sucediendo, para así permitir la intimación al cese del mismo.

Que la cuestión planteada, y su particular interpretación, no resiste el menor análisis, ya que obviamente no puede ser exigido este requisito previo en aquellos casos en que nada cabe por hacer para evitar la continuidad de la infracción cuando la misma ya ha cesado en su producción. Con este criterio sustentado por la concesionaria, y siguiendo su argumentación, podría haber continuado manteniendo ininterrumpidamente a ambos barrios con baja presión, inclusive facturándose al Barrio Sarmiento, hasta poco antes de la apertura del procedimiento sancionatorio y como no existió intimación previa para el cese no correspondería aplicar sanción alguna por el encuadramiento de los hechos en los llamados casos no previstos.

Que ejemplos como el citado pueden multiplicarse sin límite, y la concesionaria estaría —a su entender— exceptuada de toda sanción. Sin lugar a dudas el criterio de Aguas Argentinas S.A. no puede sostenerse y, por ende, el requisito de la intimación previa se halla previsto para los casos en que ello es posible por la situación fáctica, cayendo su aplicación cuando los hechos generadores del incumplimiento contractual del que se trate han cesado antes de la apertura del procedimiento sancionatorio, ya que incluso en algunos casos puede haber cesado el incumplimiento aun antes de que este Ente tome conocimiento de lo acontecido.

Que en atención a todo lo expuesto, corresponde desestimar el descargo formulado por la imputada y aplicar las sanciones del caso, de acuerdo a las constancias de lo actuado.

Que la entidad de los hechos y la extensión geográfica de las áreas involucradas llevan a considerar la remisión que se establece en el Numeral 13.10.10 a la aplicación de la tipología de conducta disvaliosa que se describe en el Numeral 13.10.4 inciso 10° del Contrato de Concesión, según texto de la modificación efectuada por la Resolución N° 601/99 de la ex SECRETARIA DE RECURSOS NATURALES Y DESARROLLO SUSTENTABLE (B.O. 15-08-99), como válido y criterioso, ello sin dejar de tener presente el grado de afectación de interés público y la diligencia puesta de manifiesto para subsanar los inconvenientes lo que hace aconsejable graduar el monto de la multa dentro del límite inferior que allí se prevé para lo cual se han tenido en cuenta las pautas interpretativas del Numeral 13.7 del mismo cuerpo legal, todo ello sin perjuicio de las variaciones que corresponden por aplicación de las Resoluciones ETOSS N° 81/94, N° 34/98 y N° 102/98, aplicándose en consecuencia una multa de ONCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS ($ 11.958.-).

Que las Gerencias de Relaciones Institucionales, de Calidad del Servicio y de Asuntos Legales han oportunamente intervenido según las obligaciones que le compete.

Que el Directorio del Ente Tripartito de Obras y Servicios Sanitarios, sobre la base de lo dispuesto por los artículos 17 incisos a) y o) y 24 inciso k) del Anexo I del Marco Regulatorio aprobado Decreto 999/92 se encuentra facultado para disponer la aplicación de la multa arriba indicada.

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL ENTE TRIPARTITO DE OBRAS Y SERVICIOS SANITARIOS
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Aplícase a AGUAS ARGENTINAS S. A. una multa de PESOS ONCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO ($ 11.958) por considerarla incursa en infracción al Numeral 4.1 del Contrato de Concesión y responsable de los hechos ocurridos en noviembre de 1999 en ocasión de la habilitación del servicio de provisión de agua potable en el llamado “Barrio Domingo F. Sarmiento”, fijándose el monto de la sanción sobre la base del Numeral 13.10.10 con la aplicación de la tipología de conducta disvaliosa que se describe en el Numeral 13.10.4 inciso 10°, según las pautas interpretativas del Numeral 13.7 del citado cuerpo legal, y con las variaciones que corresponden por aplicación de las Resoluciones ETOSS N° 81/94, N° 34/98 y N° 102/98.

ARTICULO 2° — Intímase a AGUAS ARGENTINAS S. A. a depositar a la orden de este Organismo y por donde corresponda, el importe de la multa impuesta en el artículo 1° dentro de los DIEZ (10) días de notificada la presente y bajo apercibimiento de no admitirse la procedencia formal de recursos (Numeral 13.6.4 del Contrato de Concesión y Resolución ETOSS N° 182/95), debiendo informar de dicho depósito a la GERENCIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS dentro de las 24 horas de realizado. Los intereses, que correspondieren, se calcularán conforme al Numeral 11.8 del Contrato de Concesión.

ARTICULO 3° — Regístrese, comuníquese a AGUAS ARGENTINAS S. A. y a la asociación reclamante. Tomen conocimiento las Gerencias y áreas del ETOSS y la COMISION ASESORA AD HONOREM. Comuníquese a la SUBSECRETARIA DE RECURSOS HIDRICOS del MINISTERIO DE INFRAESTRUCTURA Y VIVIENDA, a la SINDICATURA GENERAL DE LA NACION, a la AUDITORIA GENERAL DE LA NACION, y a la COMISION BICAMERAL DE REFORMA DEL ESTADO DEL HONORABLE CONGRESO DE LA NACION. Dése a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL para su publicación y, cumplido, archívese.— Ing. EDUARDO R. CEVALLO, Presidente; Dr. JUAN MARIO PEDERSOLI, Director; Ing. ANGEL BOTTARINI, Director; Ing. MARTIN LASCANO, Director; Dr. RUBEN M. CITARA, Director; Lic. EDUARDO EPSZTEYN, Director.

e. 22/8 N° 326.661 v. 22/8/2000

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE

INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA Y MUTUAL

EL INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA Y MUTUAL, sito en Avda. Belgrano N° 1656/58 de Capital Federal, hace saber a la COOPERATIVA DE VIVIENDA, CREDITO Y CONSUMO COOVICON LTDA., matrícula N° 15.574, con domicilio legal en Capital Federal (Expte. N° 69.021/98) que en el expediente referenciado por el que tramita un sumario instruido a dicha cooperativa, ha recaído las disposiciones sumariales N° 156/99 y 137/00 que en lo sustancial, expresan: Disp. N° 156/99: “Bs. As., diciembre 21 de 1999. VISTO ... DISPONGO: Art. 1°: Dásele por decaído el derecho dejado de usar para presentar el descargo y ofrecer prueba. Art. 2°: Declárase la cuestión de puro derecho. Art. 3°: Concédese a la sumariada el plazo de diez (10) días a los fines y con el alcance previsto en el Art. 60 del Decreto N° 1759/72. ... Fdo. Dra. ELENA DOMINGUEZ. Instructora Sumariante. Disp. “S” N° 137/00: “Bs.As., junio 21 de 2000. VISTO ... DISPONGO: Art. 1°: Practíquese la notificación ordenada en la Prov. “S” N° 156/99 en la forma prevista en el Art. 42 del Decreto N° 1759/72, con la transcripción de la parte pertinente de la misma, a los efectos allí indicados. Art. 2°: Intimar por la misma vía a la sumariada para que, dentro de igual plazo, proceda a constituir domicilio especial dentro del radio de Capital Federal y denunciar el real, en los términos estatuidos en los Arts. 19 a 22 del Decreto antes mencionado, bajo apercibimiento de Ley. Fdo.: ELENA DOMINGUEZ, Instructora Sumariante.

e. 22/8 N° 326.619 v. 24/8/2000

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE

INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA Y MUTUAL

EL INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA Y MUTUAL, sito en Avda. Belgrano N° 1656/58 de Capital Federal, hace saber a la entidad denominada FRIARCO COOPERATIVA DE TRANSPORTES FRIGORIFICOS LTDA., matrícula N° 5644, con domicilio legal en Capital Federal (Expte. N° 74.521/99) que en el expediente referenciado por el que tramita un sumario instruido a dicha cooperativa, ha recaído la disposición sumarial N° 176/00 que en lo sustancial, expresa: "Bs. As., agosto 07 de 2000. VISTO ... DISPONGO: Art. 1°: Dásele por decaído el derecho dejado de usar para presentar el descargo y ofrecer prueba, en los términos del Art. 1° inc. e ap. 8 de la Ley 19.549. Art. 2°: Declárase la cuestión de puro derecho. Art. 3°: Acuérdase a la sumariada el plazo de diez (10) días para que, de considerarlo pertinente, proceda a tomar vista de las actuaciones sumariales, en los términos y a los efectos previstos en el Art. 60 del Decreto N° 1759/72. (t.o. 1991) ... Fdo.: Dra. ELENA DOMINGUEZ. Instructora Sumariante.

e. 22/8 N° 326.620 v. 24/8/2000

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE

INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA Y MUTUAL

EL INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA Y MUTUAL, sito en Avda. Belgrano N° 1656/58 de Capital Federal, hace saber a la COOPERATIVA DE PRODUCTORES FRUTIHORTICOLAS FACTOR P.H. LIMITADA, matrícula N° 9749 con domicilio legal en Capital Federal, que en el Expediente N° 74.519/99 por el que tramita un sumario instruido a dicha cooperativa, ha recaído la disposición sumarial N° 175/00 que en lo sustancial, expresa: "Bs. As., agosto 07 de 2000. VISTO ... CONSIDERANDO ... DISPONGO: Art. 1°: Dásele por decaído, a la cooperativa sumariada, el derecho dejado de usar para presentar el descargo y ofrecer prueba, en los términos del Art. 1° inc. e) ap. 8 de la Ley 19.549. Art. 2°: Declárase la cuestión de puro derecho. Art. 3°: Concédese a la sumariada el plazo de diez (10) días para que, de considerarlo pertinente, proceda a tomar vista de las actuaciones sumariales, en los términos y a los efectos previstos en el Art. 60 del Decreto N° 1759/72 T.O. 1991 ... Fdo.: Dra. ELENA DOMINGUEZ, Instructora Sumariante.

e. 22/8 N° 326.621 v. 24/8/2000

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE

INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA Y MUTUAL

EL INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA Y MUTUAL, sito en Avda. Belgrano N° 1656/58 de Capital Federal, hace saber a la entidad denominada PROCOP COOPERATIVA DE TRABAJO LIMITADA, matrícula N° 9810 con domicilio legal en Capital Federal, que en el Expediente N° 74.237/99 por el que tramita un sumario instruido a dicha cooperativa, ha recaído la disposición sumarial N° 174/00 que en lo sustancial, expresa: "Bs. As., agosto 07 de 2000. VISTO ... CONSIDERANDO ... DISPONGO: Art. 1°: Dásele por decaído, a la cooperativa sumariada, el derecho dejado de usar para presentar el descargo y ofrecer prueba, en los términos del Art. 1° inc. e) ap. 8 de la Ley 19.549. Art. 2°: Declárase la cuestión de puro derecho. Art. 3°: Acuérdase a la sumariada el plazo de diez (10) días para que, de considerarlo pertinente, proceda a tomar vista de las actuaciones sumariales, en los términos y a los efectos previstos en el Art. 60 del Decreto N° 1759/72 T.O. 1991 ... Fdo. Dra. ELENA DOMINGUEZ. Instructora Sumariante.

e. 22/8 N° 326.622 v. 24/8/2000

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Resolución N° 739/2000

Bs. As., 15/8/2000

VISTO el Expediente N° 024-99-80570391-8-790 del Registro de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, la Ley N° 19.722, la Resolución DE N° 585, y

CONSIDERANDO:

Que en el expediente citado en el VISTO se tramitan dos solicitudes de incorporación de empresas al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.

Que la Ley N° 19.722 instituye el Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.

Que es facultad de esta ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL disponer el pago de las prestaciones familiares a través del presente en atención a las modalidades de la actividad y de las relaciones de trabajo y a las posibilidades administrativas, a cuyo efecto determinará las actividades, zonas o regiones y oportunidad en que será implementado.

Que sin perjuicio de lo expuesto cuando las razones que dieron lugar a su establecimiento desaparecieren o variaren, podrá suspenderlo o dejarlo sin efecto, en cuyo caso el pago de las asignaciones correspondientes estará a cargo de los empleadores a través del Sistema de Fondo Compensador.

Que la Resolución DE N° 585/00, de fecha 27 de junio de 2000, introduce modificaciones al procedimiento de incorporación al Sistema de Pago Directo.

Que los empleadores que se detallan en el ANEXO I de la presente, han solicitado la incorporación al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.

Que la zona y la actividad se encuentran aprobadas en un todo de acuerdo con las disposiciones de la Ley N° 19.722.

Que, consecuentemente, corresponde hacer lugar a las solicitudes formuladas.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 3° del Decreto N° 2741/91, por el artículo 36 de la Ley 24.241 y por la Resolución D.E. N° 856/98.

Por ello,

EL DIRECTOR EJECUTIVO
DE LA ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Apruébase la incorporación al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares solicitadas por los empleadores que se detallan en el ANEXO I que forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 2° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y, oportunamente, archívese.

Dr. MELCHOR ANGEL POSSE, Director Ejecutivo.

ANEXO I

NOMBRE DEL EMPLEADOR	DOMICILIO DE EXPLOTACION	NUMERO DE CUIT	FECHA INCORPORACION
Bravo, Claudio Marcelo	25 de Mayo 1750 - Concordia – Entre Ríos	20-18241565-1	Julio 2000
Integral Farm Services S. R. L.	Laprida 1777 – Concordia Entre Ríos.	30-67090550-7	Julio 2000

e. 22/8 N° 326.576 v. 22/8/2000

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Resolución N° 740/2000

Bs. As., 15/8/2000

VISTO el Expediente N° 024-99-80570390-0-790 del Registro de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, la Ley N° 19.722, la Resolución DE N° 585, y

CONSIDERANDO:

Que en el expediente citado en el VISTO se tramitan ciertas solicitudes de incorporación de empresas al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.

Que la Ley N° 19.722 instituye el Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.

Que es facultad de esta ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL disponer el pago de las prestaciones familiares a través del presente en atención a las modalidades de la actividad y de las relaciones de trabajo y a las posibilidades administrativas, a cuyo efecto determinará las actividades, zonas o regiones y oportunidad en que será implementado.

Que sin perjuicio de lo expuesto cuando las razones que dieron lugar a su establecimiento desaparecieren o variaren, podrá suspenderlo o dejarlo sin efecto, en cuyo caso el pago de las asignaciones correspondientes estará a cargo de los empleadores a través del Sistema de Fondo Compensador.

Que la Resolución DE N° 585/00, de fecha 27 de junio de 2000, introduce modificaciones al procedimiento de incorporación al Sistema de Pago Directo.

Que los empleadores que se detallan en el ANEXO I de la presente, han solicitado la incorporación al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.

Que la zona y la actividad se encuentran aprobadas en un todo de acuerdo con las disposiciones de la Ley N° 19.722.

Que, consecuentemente, corresponde hacer lugar a las solicitudes formuladas.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 3° del Decreto N° 2741/91, por el artículo 36 de la Ley 24.241 y por la Resolución D.E. N° 856/98.

Por ello,

EL DIRECTOR EJECUTIVO
DE LA ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Apruébase la incorporación al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares solicitadas por los empleadores que se detallan en el ANEXO I que forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 2° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y, oportunamente, archívese.

Dr. MELCHOR ANGEL POSSE, Director Ejecutivo.

ANEXO I

NOMBRE DEL EMPLEADOR	DOMICILIO DE EXPLOTACION	NUMERO DE CUIT	FECHA INCORPORACION
Fama Importadora y Exportadora S.A.	Bolívar 2765 - Chajarí- Entre Ríos	30-62976240-6	Julio 2000
Granja San Martín S.C.A	Brown 1255 - Concordia Entre Ríos.	30-56190470-3	Julio 2000
Citrícola Ayuí SAAIC	Av. Monseñor Rösch 5005 - Concordia - Entre Ríos.	33-50738902-9	Julio 2000

NOMBRE DEL EMPLEADOR	DOMICILIO DE EXPLOTACION	NUMERO DE CUIT	FECHA INCORPO-RACION
Hijos de Manuel Costa S.R.L.	Av. Alem e Irigoyen - Chajarí – Entre Ríos	30-50792306-9	Julio 2000
Pérez Sanchiz Vicente	Colonia Roca – Concordia - Entre Ríos.	23-60285561-9	Julio 2000
Pérez Eusebio Antonio y Pérez Néstor Francisco	Colonia Roca – Concordia - Entre Ríos.	30-65244492-6	Julio 2000
Pérez Schait Néstor Francisco	Colonia Roca – Concordia - Entre Ríos.	20-16360223-8	Julio 2000
Citrícola Chajarí S.A.	ExRuta 14, Km. 532 - Chajarí – Entre Ríos.	30-50499900-5	Julio 2000
Rodríguez Hugo Angel	Bernardo de Irigoyen 178 - Concordia – Entre Ríos.	20-04219307-1	Julio 2000
La Ruina de Rodríguez Lidia Irma	Bernardo de Irigoyen 178 - Concordia – Entre Ríos	27-05020356-0	Julio 2000
Mondolo Carlos A. y Mondolo Marcelo E.	Liniers 61 – Concordia - Entre Ríos.	30-60856359-4	Julio 2000
Salerno Roberto José	Bvard. San Lorenzo 1502 - Concordia – Entre Ríos.	20-05834539-4	Julio 2000
Citrícola Putruele S.A.	Arístóbulo del Valle 298 - Concordia – Entre Ríos.	30-68877752-2	Julio 2000
Sorokin Silvia E. y Sorokin Celia I.	Bernardo de Irigoyen 6 - Concordia – Entre Ríos.	30-65118807-1	Julio 2000
Yolanda Pierini de Dri y otros S.H.	Liniers 34 – Concordia - Entre Ríos.	30-51088150-4	Julio 2000
Mattes Adolfo Enrique	Entre Ríos 630, Piso 6°, Depto. “B” – Concordia – Entre Ríos.	20-08422377-9	Julio 2000
Bruno de Raggio María Carolina	P. del Castillo 471 - Concordia – Entre Ríos.	23-06509444-4	Julio 2000
ECA S. A. Concordia – Entre Ríos.	Ruta Nacional 14, Km. 265 -	30-56116760-1	Julio 2000
Masut Oscar José	Sarmiento 629 – Concordia - Entre Ríos.	20-02088133-0	Julio 2000
Tamaño Vicente Mario	Hipólito Yrigoyen 1138 – Concordia – Entre Ríos.	20-05923241-0	Julio 2000
Larocca Hnos. S.H.	Ituzaingó 854 – Concordia - Entre Ríos.	30-70709166-1	Julio 2000
Walther S.A.	Champagnat 3065 – Chajarí - Entre Ríos.	30-51083735-1	Julio 2000
El Montielero S.R.L.	Gualeguay 2021 - Concordia – Entre Ríos.	30-67084834-1	Julio 2000

e. 22/8 N° 326.577 v. 22/8/2000

MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 653/2000

Bs. As., 16/8/2000

VISTO la Resolución Ministerial N° 620 del 2 de agosto de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que por dicho acto administrativo se creó en jurisdicción de esta Cartera de Estado una UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA con la finalidad de coordinar todas las acciones tendientes a la normatización, contralor, fiscalización y uso de medicamentos, alimentos y tecnología médica de uso y aplicación en la medicina humana.

Que atento a las múltiples ocupaciones del suscripto impedirían en la actualidad la dedicación suficiente que la temática de las cuestiones a ser tratadas por la UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA requieren

Que resulta entonces conveniente asignar la presidencia de dicha Unidad al señor Secretario de Políticas y Regulación Sanitaria, DOCTOR D. Héctor Carlos MOGUILEVSKY.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Asígnase al señor Secretario de Políticas y Regulación Sanitaria, DOCTOR D. Héctor Carlos MOGUILEVSKY, la Presidencia de la UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA creada por Resolución Ministerial N° 620/00.

ARTICULO 2° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. HECTOR JOSE LOMBARDO, Ministro de Salud.

e. 22/8 N° 326.872 v. 22/8/2000

MINISTERIO DE ECONOMIA

SECRETARIA DE HACIENDA

Resolución N° 314/2000

Bs. As., 14/8/2000

VISTO el Decreto N° 74 de fecha 22 de enero de 1998 y sus modificaciones, por el que se aprobó la reglamentación del Impuesto sobre los Combustibles Líquidos y el Gas Natural, Ley N° 23.966, Título III, texto ordenado en 1998 y sus modificaciones, y

CONSIDERANDO:

Que la SECRETARIA DE HACIENDA del MINISTERIO DE ECONOMIA mediante Resolución N° 182 de fecha 7 de junio de 2000, declaró constituida la Comisión de Asesoramiento y Control de Gestión ad-hoc, integrada por los representantes propuestos por cada uno de los Organismos involucrados.

Que la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS, entidad autárquica en el ámbito del MINISTERIO DE ECONOMIA, mediante Expediente N° 253034/00 propone el reemplazo del Contador Público Jaime MECIKOVSKY (M.I. N° 14.466.705) por el Contador Público Jorge Osvaldo BOSISIO (L.E. N° 7.698.702).

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE ECONOMIA ha tomado la intervención que le compete, dictaminando que la medida es legalmente viable.

Que la presente se dicta de conformidad con las atribuciones conferidas por el Decreto N° 74 de fecha 22 de enero de 1998 y sus modificatorios.

Por ello,

EL SECRETARIO
DE HACIENDA
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Desígnase al Contador Público Jorge Osvaldo BOSISIO (L.E. N° 7.698.702) para integrar la Comisión de Asesoramiento y Control de Gestión ad-hoc, en el ámbito de la SECRETARIA DE HACIENDA del MINISTERIO DE ECONOMIA, en reemplazo del Contador Público Nacional Jaime MECIKOVSKY (M.I. N° 14.466.705), en representación de la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS, entidad autárquica en el ámbito del MINISTERIO DE ECONOMIA.

ARTICULO 2° — Las disposiciones de la presente resolución tendrán vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 3° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MARIO VICENS, Secretario de Hacienda.

e. 22/8 N° 326.570 v. 22/8/2000

MINISTERIO DE ECONOMIA

SECRETARIA DE HACIENDA

Resolución N° 315/2000

Bs. As., 14/8/2000

VISTO el Expediente N° 250.530/92, del Registro de la DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA entonces dependiente de la ex SECRETARIA DE HACIENDA del ex MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, y los Expedientes agregados sin acumular Nros. 3193/90; 3194/90, ambos del registro de la ex- SECRETARIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO EXTERIOR del entonces MINISTERIO DE ECONOMIA; 232.936/90 del registro de la ex SECRETARIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO del entonces MINISTERIO DE ECONOMIA y 49.639/78 Corresponde 28 del Registro de la ex SUBSECRETARIA DE FINANZAS PUBLICAS del entonces MINISTERIO DE ECONOMIA, y

CONSIDERANDO:

Que la firma M.B.M. SOCIEDAD ANONIMA interpone recursos de reconsideración y jerárquico en subsidio contra la Resolución de la SECRETARLA DE HACIENDA N° 92 del 29 de marzo del año 2000 por la que se le impuso a la recurrente el pago de una multa de PESOS ONCE MIL SEISCIENTOS VEINTISETE CON CINCUENTA CENTAVOS ($ 11.627,50), por los incumplimientos verificados en su proyecto industrial en los años 1985 y 1989, conforme lo previsto en el artículo 17, inciso b) apartado segundo, de la Ley N° 21.608, y el pago de los tributos no ingresados en la siguiente proporción: CINCO CON TREINTA Y TRES POR CIENTO (5,33%) para el ejercicio del año 1989; en virtud de lo dispuesto por el art. 17, inciso b) apartado 3 de la Ley N° 21.608, así como el sobreseimiento por los incumplimientos imputados ocurridos en los años 1983 y 1984 por aplicación del art. 14 del Anexo I del Decreto N° 805/88.

Que el recurso planteado es formalmente procedente por haber sido interpuesto en tiempo y forma.

Que la firma promovida mediante el dictado del Decreto N° 1039 de fecha 18 de agosto de 1981, recibió los beneficios promocionales de la Ley N° 21.608 —Decreto N° 575 del 20 de agosto de 1974— , para la construcción, instalación, puesta en marcha y explotación de una planta industrial destinada al procesamiento de madera a localizar en el Departamento Eldorado, provincia de MISIONES.

Que la recurrente funda su impugnación en que las causas de incumplimiento obedecieron a fuerza mayor, que la determinación de la multa conlleva errores de liquidación y cuestiona el criterio de individualización de las sanciones, considerando la total falta de contemplación de los factores impedientes que derivaran en hiperinflación con recesión (inflación de costos).

Que los argumentos en que funda su recurso no configuran el concepto de fuerza mayor o caso fortuito ya que no son hechos imprevisibles que hagan imposible el cumplimiento de las obligaciones, sólo las tornan más dificultosas.

Que el Decreto 805/88 (art. 14) sólo permite el sobreseimiento en caso de incumplimiento, cuando el mismo se debe a caso fortuito o fuerza mayor debidamente acreditado.

Que la Jurisprudencia se ha pronunciado considerando que “Los inconvenientes de orden financiero y las dificultades para conseguir créditos no constituyen fuerza mayor...” LL 121-372.- “Para que un hecho pueda considerarse casos fortuito es necesario, entre otras condiciones, que se trate de un obstáculo insuperable, no basta que haga más difícil u oneroso el cumplimiento de la obligación, sin impedirlo” LL 119-748.

Que las razones de mercado alegadas y el fenómeno inflacionario e hiperinflacionario no configuran el concepto de "fuerza mayor o caso fortuito" que permitan la aplicación del art. 14 del Decreto 805/88.

Que en este entendimiento los fundamentos del recurso interpuesto no agregan nuevos elementos de razón que puedan desvirtuar los argumentos y constancias que han sido tenidos en cuenta para dictar una decisión adversa al pedido de la recurrente.

Que siendo ello así, admitir el sobreseimiento en el caso atenta contra el principio de igualdad del resto de los promocionados en las mismas condiciones.

Que conforme lo ha sostenido la Procuración del Tesoro, la garantía de igualdad ante la ley importa el derecho de todos a que no se establezcan privilegios o excepciones que excluyan a unos de lo que se concede a otros, en iguales condiciones. Asimismo, tal garantía impone que todas las personas sujetas a una misma legislación sean tratadas del mismo modo, y que las distinciones que efectúe el legislador en supuestos que estime distintos obedezca a una razón objetiva, y no a propósitos de persecución o indebido privilegio de personas o grupos de personas. También la igualdad de la ley reclama "igual trato siempre que las personas se encuentren en idénticas circunstancias y condiciones" (conforme Fallos 313:1333; 315:2804; 312:615).

Que la igualdad ante la ley establecidas en el artículo 16 de la Constitución Nacional comporta la consecuencia de que las personas sujetas a una legislación determinada dentro del territorio de la Nación sean tratadas del mismo modo siempre que se encuentren en igualdad de circunstancias y condiciones (conforme dictámenes 201:102; 212:7).

Que ha tomado la intervención que le compete la DIRECCION NACIONAL DE INCENTIVOS PROMOCIONALES dependiente de la SUBSECRETARIA DE POLITICA TRIBUTARIA del MINISTERIO DE ECONOMIA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE ECONOMIA ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente se dicta en uso de las facultades que acuerda el artículo 84 del Reglamento de Procedimientos Administrativos. Decreto N° 1759/72, T.O. 1991.

Por ello,

EL SECRETARIO
DE HACIENDA
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Recházase el recurso de reconsideración interpuesto por la firma M.B.M. SOCIEDAD ANONIMA, contra la Resolución de la SECRETARIA DE HACIENDA N° 92 del 29 de marzo del año 2000.

ARTICULO 2° — Dése el trámite previsto en el artículo 88 del Reglamento de Procedimientos Administrativos Decreto N° 1759/72. T.O. 1991.

ARTICULO 3° — Notifíquese a la firma M.B.M. SOCIEDAD ANONIMA.

ARTICULO 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MARIO VICENS, Secretario de Hacienda.

e. 22/8 N° 326.569 v. 22/8/2000

MINISTERIO DE ECONOMIA

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

Disposición N° 640/2000

Designación de Agentes Notificadores. Art. 100 Inc. e) Ley N° 11.683 en jurisdicción de la Región Mar del Plata.

Bs. As., 15/8/2000

VISTO lo solicitado por la Región Mar del Plata, y

CONSIDERANDO:

Que en atención a las necesidades operativas del área mencionada, resulta necesaria la designación de Notificadores en dicha jurisdicción.

Que ha prestado su conformidad la Subdirección General de Operaciones Impositivas II.

Que ha tomado la debida intervención la Dirección de Asuntos Legales Administrativos.

Que de acuerdo con lo establecido por las Leyes N° 11.683 (texto ordenado en 1998 y sus modificaciones) y N° 24.769, y de conformidad con lo dispuesto por los artículos 4° y 6° del Decreto N° 618/97, procede disponer en consecuencia.

Por ello,

EL ADMINISTRADOR FEDERAL DE LA
ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS
DISPONE:

ARTICULO 1° — Desígnase como Notificadores para que actúen conforme a las Leyes Nros. 11.683 (texto ordenado en 1998 y sus modificaciones) y 24.769, en jurisdicción de la Región Mar del Plata a los agentes Juan José PRECKEL (Legajo N° 21.756/31 - D.N.I. N° 10.506.404), Héctor Antonio CAGGIANO (Legajo N° 27.043/77 - D.N.I. N° 10.747.688), Luis Miguel CONTE (Legajo N° 27.473/51 - L.E. N° 4.525.444), Rodolfo Aníbal BARTHES (Legajo N° 20.989/09 - L.E. N° 5.309.653), Rubén SANTIAGO (Legajo N° 29.625/60 - D.N.I. N° 13.048.286), José Luis CABALLERO (Legajo N° 34.320/27 - D.N.I. N° 20.296.247), Angela Elvira BASUALDO (Legajo N° 90.093/26 - L.C. N° 6.208.770), Miguel Angel TRAIANI (Legajo N° 26.442/94 - D.N.I. N° 13.630.259), Lilian Elisabeth BALDOVINO (Legajo N° 91.050/57 - D.N.I. N° 11.692.754), María Cristina IRIBARREN (Legajo N° 91.532/15 - L.C. N° 5.191.213), Miguel Leonardo MESCHINO (Legajo N° 24.566/55 - D.N.I. N° 13.527.087), Norberto Raúl SUAREZ (Legajo N° 30.071/14 - D.N.I. N° 17.349.869), Daniel Gustavo VIRGOLINI (Legajo N° 27.721/06 - D.N.I. N° 13.552.428), Edgardo Beltrán ROST (Legajo N° 35.721/94 - D.N.I. N° 18.556.556), Claudia Alejandra ORTIZ (Legajo N° 29.983/46 - D.N.I. N° 20.716.076), Oscar Aníbal ELIA (Legajo N° 30.681/90 - D.N.I. N° 11.989.188) y Alvaro Emiliano PALLARES (Legajo N° 27.382/42 - D.N.I. N° 12.428.297).

ARTICULO 2° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. HECTOR CONSTANTINO RODRIGUEZ, Administrador Federal.

e. 22/8 N° 326.665 v. 22/8/2000

MINISTERIO DE ECONOMIA

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

SUBDIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

Disposición N° 368/2000

Cont. Púb. Juan José RODRIGUEZ (legajo N° 32.604/65) - S/Traslado y designación de Jefatura Interina "en comisión" en jurisdicción de la Región Rosario II.

Bs. As., 11/8/2000

VISTO las presentes actuaciones, y

CONSIDERANDO:

Que por las mismas, la Región Rosario II propone designar en el carácter de Jefe Interino "en comisión" de la Agencia Sede Rosario II, por el término de TRES (3) meses, al Contador Público Juan José RODRIGUEZ, quien se viene desempeñando como Jefe Interino de Sección en jurisdicción de la Agencia Venado Tuerto.

Que al vencimiento del plazo de la comisión y de no formularse objeciones a la actuación del nombrado, continuará actuando en el carácter de Jefe Interino de la Agencia citada en primer término.

Que se cuenta con la conformidad de la Subdirección General de Operaciones Impositivas II.

Que cabe introducir las modificaciones que tal situación implica.

Que en ejercicio de las atribuciones conferidas por las Disposiciones Nros. 114/97 y 122/97 (AFIP), procede disponer en consecuencia.

Por ello,

LA SUBDIRECTORA GENERAL DE LA
SUBDIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DISPONE:

ARTICULO 1° — Dar por finalizadas las funciones que le fueran asignadas oportunamente al Contador Público Juan José RODRIGUEZ (legajo n° 32.604/65) en el carácter de Jefe Interino de Sección en jurisdicción de la Agencia Venado Tuerto de la Región Rosario II.

ARTICULO 2° — Designar en el carácter de Jefe Interino "en comisión" de la Agencia Sede Rosario II de la Región Rosario II, por el término de TRES (3) meses, al Contador Público Juan José RODRIGUEZ, estableciéndose que al vencimiento del plazo de la comisión y de no formularse objeciones a la actuación del nombrado, continuará actuando en el carácter de Jefe Interino de la Agencia citada en último término.

ARTICULO 3° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Lic. BEATRIZ LUISA FONTAU, Subdirectora General, Subdirección General de Recursos Humanos.

e. 22/8 N° 326.663 v. 22/8/2000

MINISTERIO DE ECONOMIA

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

Resolución General N° 135

CERTIFICADOS FISCALES PARA CONTRATAR

CUIT	COD. DEPENDENCIA	DENOMINACION	CERTIFICADO	NOMBRE Y APELLIDO O DENOMINACION
30501222530	020	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	020/1101/2000	VIALCO S.A.
30515419760	020	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	020/1099/2000	LA EQUITATIVA DEL PLATA S.A.DE SEGUROS
30535601719	020	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	020/1103/2000	COMPAÑIA PAPELERA SARANDI S.A.
30535621159	020	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	020/1176/2000	BOEHRINGER INGELHEIM S.A.
30541716331	020	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	020/1116/2000	ANDRES LAGOMARSINO E HIJOS S.A
30571537644	020	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	020/1152/2000	MICRO OMNIBUS NORTE S.A.
30654424698	020	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	020/1177/2000	SADE ING.Y CONSTRUCCIONES S.A.
33500867979	020	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	020/1127/2000	LABORATORIOS TEMIS LOSTALO S.A
20076043281	019	DIR. GRANDES CONTRIB. NACIONALES	019/0019/2000	HAIME, HUGO DANIEL

Cont. Púb. Da. SONIA ELIZABETH RINALDI, Directora (Int.), Dirección de Grandes Contribuyentes Nacionales

e. 22/8 N° 326.666 v. 22/8/2000

— ACLARACION AFIP —

MINISTERIO DE ECONOMIA

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

En la edición del día 26/07/2000, donde se publicó el Aviso correspondiente a la Resolución General N° 17, respecto del contribuyente que se detalla a continuación, se ha deslizado el siguiente error:

DONDE DICE:

Nómina de Exclusión al Régimen de Retenciones y/o pago a cuenta en el Impuesto al Valor Agregado con vigencia hasta el 30/09/2000.

CUIT	DENOMINACION	DENOM. DEPENDENCIA
20-10325101-0	DESVARD, OSVALDO ERNESTO	Agencia Sede L. P. 2

DEBE DECIR:

Nómina de Exclusión al Régimen de Retenciones y/o pago a cuenta en el Impuesto al Valor Agregado con vigencia hasta el 31/12/2000.

CUIT	DENOMINACION	DENOM. DEPENDENCIA
20-10325101-0	DESVARD, OSVALDO ERNESTO	Agencia Sede L. P. 2

e. 22/8 N° 326.667 v. 22/8/2000

— ACLARACION AFIP —

MINISTERIO DE ECONOMIA

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

En la edición del día 07/08/2000, donde se publicó el Aviso correspondiente a la Resolución General N° 135, respecto del contribuyente que se detalla a continuación, se ha deslizado el siguiente error:

DONDE DICE:

CUIT	DENOMINACION
30-67763647-1	AREVALO 2706 7° B

DEBE DECIR:

CUIT	DENOMINACION
30-67763647-1	TECNOLOGIA XXI S.R.L.

e. 22/8 N° 326.669 v. 22/8/2000

— ACLARACION AFIP —

MINISTERIO DE ECONOMIA

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

En la edición del día 02/08/2000, donde se publicó el Aviso correspondiente a la Resolución General N° 17, se ha deslizado el siguiente error respecto de los contribuyentes que se detallan a continuación:

DONDE DICE:

CUIT	DENOMINACION	DENOM. DEPENDENCIA	PORCENTAJE
30-67285183-3	LIDER AUTOMOTORES	DISTRITO ZAPALA	100%
30-58399615-6	SALEM S.A.	AG. GRAL. ROCA	100%

DEBE DECIR:

CUIT	DENOMINACION	DENOM. DEPENDENCIA	PORCENTAJE
30-67285183-3	LIDER AUTOMOTORES	DISTRITO VIEDMA	100%
30-58399615-6	SALEM S.A.	AG. GRAL. ROCA	60,54 %

e. 22/8 N° 326.670 v. 22/8/2000

BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

COMUNICACION "A" 3146. 10/08/00. Ref.: Circular CAMCO 1 - 144. Ref.: Sistema Nacional de Pagos. Canje de Valores.

A LAS ENTIDADES FINANCIERAS:

Nos dirigimos a Uds. para informarles que la compensación de documentos en localidades del interior del país donde no funcionan Puntos de Intercambio, se realizará en 48 horas. El ciclo de compensación se iniciará a partir del próximo día 14 de setiembre de 2000 con la sesión de presentados y el día 15 de setiembre se efectuará la sesión de rechazados y la cancelación de los saldos deudores.

Para la cancelación de los saldos deudores de las operaciones de Canje de Valores se utilizará el sistema electrónico de Transferencias Pago de Sueldos, administrado por las Cámaras Electrónicas de Compensación (CEC), de acuerdo con lo normado en la Comunicación "A" 3014 del 03/11/99. Se informarán los aspectos operativos y de sistemas de los procedimientos de las transferencias.

Las CEC liquidarán los saldos del Canje de Valores en las cuentas corrientes de las Entidades, abiertas en esta Institución, utilizando la Cuenta Operativa de las Transferencias Pago de Sueldos en el Sistema Medio Electrónico de Pagos (MEP). Por su parte, las Entidades transferirán, a dicha Cuenta, el monto total de los saldos deudores, diferenciando los montos de Pago de Sueldos de los correspondientes al Canje de Valores.

El procedimiento de liquidación de saldos descripto, sustituye al establecido en la Comunicación "A" 15, CAMCO - 1, para la compensación de valores en localidades del interior donde no funcionan, en la actualidad, Puntos de Intercambio.

La Comisión Interbancaria para Medios de Pagos de la República Argentina (CIMPRA) elaborará y pondrá en conocimiento de las Entidades el Convenio que éstas deberán suscribir, antes del 7 de setiembre de 2000, para la compensación de los documentos.

e. 22/8 N° 326.498 v. 22/8/2000

BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

COMUNICACION "A" 3147. 10/08/00. Ref.: Circular CONAU 1 - 349. Reformulación del Régimen Informativo y Contable.

A LAS ENTIDADES FINANCIERAS:

Nos dirigimos a Uds. para hacerles llegar los Regímenes Informativos Contable Mensual, Contable para Publicación Trimestral/Anual y para Supervisión Trimestral/Semestral/Anual (ex para Control Interno del B.C.R.A.), los cuales tendrán vigencia a partir de las informaciones correspondientes a:

— Régimen Informativo Contable Mensual: Octubre que se presenta en noviembre.

— Regímenes Informativos Contable para Publicación Trimestral/Anual y para Supervisión Trimestral/Semestral/Anual: Diciembre que se presenta en febrero.

Los presentes regímenes reemplazarán a los actuales y al cronograma difundido mediante la Comunicación "A" 3124 del 14.06.2000.

En ese sentido, en el sitio de internet del Banco Central de la República Argentina (www.bcra.gov.ar) se encontrarán disponibles —a partir del 11 del corriente— los archivos que contienen dichas normas de procedimiento y que, oportunamente, reemplazarán a los respectivos textos actualmente vigentes como así también el detalle de las altas, modificaciones y bajas producidas en el Plan y Manual de Cuentas y en el Régimen Informativo sobre Promedios Mensuales de Saldos Diarios y Datos Complementarios.

Para su consulta, la presente comunicación y sus anexos quedarán —en forma impresa— en la Biblioteca "Dr. Raúl Prebisch" San Martín 216 Capital Federal.

Finalmente, les comunicamos la casilla de E-Mail de la Gerencia de Régimen Informativo: regimen.informativo@bcra.gov.ar

e. 22/8 N° 326.499 v. 22/8/2000

SECRETARIA DE AGRICULTURA GANADERIA PESCA Y ALIMENTACION

INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS

En cumplimiento del Art. 32 del Decreto N° 2183/91, se comunica a terceros interesados la solicitud de inscripción en el Registro Nacional de la Propiedad de Cultivares, de la creación fitogenética de Agropiro alargado (Agropyron elongatum) de nombre GUAPO obtenida por LOS PRADOS S.A.

Solicitante: LOS PRADOS S.A.

Representante legal: Ricardo Francisco Almenar

Patrocinante: Ing. Agr. Andrés Sebastián Galeano

Fundamentación de novedad: El nuevo cultivar denominado Guapo, se diferencia de la variedad El Viscachero INTA, entre otras, por las siguientes características:

	GUAPO	EL VISCACHERO INTA
Largo de lámina 1997	419.70*	374.19*
Largo de lámina 1998	417.69*	376.75
Ancho de lámina 1997	8.01*	6.00*
Ancho de lámina 1998	7.96*	6.13*
Largo de la espiga 1997	360.94*	320.59*
Largo de la espiga 1997	356.65*	323.45*

* Año 1997 y 1998 Medias difieren significativamente

Ensayos realizados por el Solicitante en Las Rosas - Santa Fe

Fecha de verificación de estabilidad: 20/12/1996

Se recibirán las impugnaciones que se presenten dentro de los TREINTA (30) días de aparecido este aviso. — Ing. Agr. MARCELO DANIEL LABARTA, Director de Registro de Variedades, Instituto Nacional de Semillas (INASE).

e. 22/8 N° 57.121 v. 22/8/2000

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, PESCA Y ALIMENTACION

INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS

En cumplimiento del Art. 32 del Decreto N° 2183/91, se comunica a terceros interesados la solicitud de inscripción en el Registro Nacional de la Propiedad de Cultivares, de la creación fitogenética de portainjerto interespecífico (Prunus mahaleb x Prunus avium) de nombre BROOKS-2 obtenido por Lyle A. Brooks (EE.UU.)

Solicitante: Inter-Plant Patent Marketing, Inc.

Representante Legal: GOYTYA & CIA y/o DANIEL GOYTIA

Patrocinante: Ing. Agr. CLAUDIA BACHUR

Fundamentación de novedad: BROOKS-2 nuevo cultivar interespecífico, se diferencia de sus progenitores en:

	BROOKS-2	P. mahaleb	P. avium.
Limbo, forma:	ELIPTICA	CIRCULAR A OBOVADAS	AOVADA OBLONGA u OBOVADAS
Limbo, incisiones del margen:	DESIGUALMENTE ASERRADO	BI-CRENADO	DESIGUALMENTE ASERRADO
Limbo, largo:	8-8,5 cm	3-5 cm	5-15 cm
Limbo, ancho	4-4,4 cm	4-4,5	5-5,5 cm
Peciolo, largo	1,8-2 cm	1,5 cm	5-7 cm
Esterilidad:	SE PRESUME ESTERIL	FRUCTIFICA	FRUCTIFICA

Fecha de verificación de estabilidad: 1958

Se recibirán las impugnaciones que se presenten dentro de los TREINTA (30) días de aparecido este aviso. — Ing. Agr. MARCELO DANIEL LABARTA, Director de Registro de Variedades, Instituto Nacional de Semillas (INASE).

e. 22/8 N° 57.204 v. 22/8/2000

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Resolución N° 27.646 del 15 ago. 2000

Expediente N° 33.911 Mapfre Aconcagua Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. (Mapfre Aconcagua A.R.T. S.A.) s/Aumento de Capital.

SINTESIS:

VISTO... y CONSIDERANDO... EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS RESUELVE:

ARTICULO 1°— Conformar el aumento del capital social dentro del quíntuplo aprobado por las asambleas ordinarias del 20/10/98 y 12/10/99 de MAPFRE ACONCAGUA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. (MAPFRE ACONCAGUA A.R.T. S.A.).

ARTICULO 2°— Pasen las presentes actuaciones a la Inspección General de Justicia, a los fines de que tome la intervención que le compete conforme lo estatuido en la Ley 19.550.

ARTICULO 3°— Cumplida que fuere la inscripción en el Registro Público de Comercio, tómese nota en el Registro de Entidades de Seguro de esta Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTICULO 4°— Regístrese, notifíquese y publíquese en el Boletín Oficial.

Firmado: DOCTOR IGNACIO WARNES, Superintendente de Seguros.

NOTA: La versión completa de la presente Resolución puede consultarse en Avenida Julio A. Roca 721, Planta Baja, Capital Federal.

e. 22/8 N° 326.657 v. 22/8/2000

ADUANA DE POCITOS

Nota N° 578/00 (AD POCI).

Mercaderías comprendidas en los términos de los Artículos 417 y 440 de la Ley N° 22.415 – Código Aduanero.

Profesor Salvador Mazza, 9/8/2000

Se anuncia por la presente la existencia de mercadería en la situación jurídica prevista en los artículos 417 y 440 de la Ley N° 22.415, según se señala seguidamente.

Aduana de: POCITOS Código N° 90045

ACTUACION	UNIDAD EMBALAJE	CODIGO EMBALAJE	MARCA DEL EMBALAJE	BREVE DESCRIPCION DE LA MERCADERIA	OBSERVACIONES
SP45-3040/98 SC45-739/2000				UN VEHICULO MARCA MITSUBISHI – TIPO RURAL MODELO PAJERO-2800C.C. 4X4 DIESEL-AÑO 1994	CHASIS DONV460SJ01087 S/N MOTOR

GUSTAVO A. ECHEGOYEN, Administrador (I) Aduana, Pocitos.

e. 22/8 N° 326.579 v. 22/8/2000

PROCURACION GENERAL DE LA NACION

Res. M.P. Nro. 92/2000

Bs. As., 15/8/2000

VISTO:

El expediente interno M. 3249/00 del registro de la Mesa General Entradas y Salidas de la Procuración General de la Nación y,

CONSIDERANDO:

Que a través de la actuación mencionada en el visto, se presentaron conjuntamente, el señor Fiscal a cargo de la Fiscalía Federal de Dolores, provincia de Buenos Aires, doctor Jorge Ismael Mola y el señor Fiscal a cargo de la Fiscalía Nacional en lo Criminal de Instrucción Nro. 17, doctor Raúl María Cavallini solicitando la posibilidad "de permutar la titularidad de las mencionadas Fiscalías" (fojas 2).

Que sobre la cuestión traída por los señores Magistrados no se registran antecedentes a partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994, la operatividad de su artículo 120 y la entrada en vigencia de la Ley Orgánica del Ministerio Público N° 24.946, ni tampoco se ha efectuado reglamentación alguna que permita su resolución automática.

PUBLICACIONES DE DECRETOS Y RESOLUCIONES

De acuerdo con el Decreto Nº 15.209 del 21 de noviembre de 1959, en el Boletín Oficial de la República Argentina se publicarán en forma sintetizada los actos administrativos referentes a presupuestos, licitaciones y contrataciones, órdenes de pago, movimiento de personal subalterno (civil, militar y religioso), jubilaciones, retiros y pensiones, constitución y disolución de sociedades y asociaciones y aprobación de estatutos, acciones judiciales, legítimo abono, tierras fiscales, subsidios, donaciones, multas, becas, policía sanitaria animal y vegetal y remates.

Las Resoluciones de los Ministerios y Secretarías de Estado y de las Reparticiones sólo serán publicadas en el caso de que tuvieran interés general.

NOTA: Los actos administrativos sintetizados y los anexos no publicados pueden ser consultados en la Sede Central de esta Dirección Nacional (Suipacha 767 - Capital Federal)

Que al respecto se dispuso solicitar a la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Procuración General de la Nación, a cargo de la doctora María Elena Agradano de Llanos que dictamine sobre la cuestión traída por los señores Magistrados (fojas 3).

Que la doctora Agradano de Llanos emitió dictamen, el que luce agregado a fojas 10 y, al que cabe dar por reproducido en la presente por compartir el suscripto los argumentos allí vertidos.

Que, seguidamente, dictaminó sobre la cuestión al señor Fiscal General de Superintendencia de la Procuración General de la Nación, doctor Santiago Teruel, postura que el suscripto comparte íntegramente y al que cabe remitirse brevitatis causa (véase fojas 11).

Que en relación a la cuestión planteada, el artículo 15 de la ley 24.946 reza “Los integrantes del Ministerio Público sólo con su conformidad y conservando su jerarquía, podrán ser trasladados a otras jurisdicciones territoriales”.

Que, también resulta aplicable lo normado por el artículo 74 de la citada ley: “El Procurador General de la Nación y el Defensor General de la Nación en sus respectivos ámbitos, podrán modificar la estructura básica existente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley mediante el dictado de reglamentaciones, en tanto no afecten los derechos emergentes de la relación de servicio de los magistrados, funcionarios y empleados actualmente en funciones”. —el subrayado me pertenece—.

Que en tal sentido cabe recordar lo dispuesto por el artículo 39 de la mencionada Ley Orgánica del Ministerio Público que establece, sin hacer distinción en cuanto a competencias específicas que, “Los Fiscales ante los jueces de primera instancia tendrán las facultades y deberes propios del Ministerio Público Fiscal en el ámbito de su competencia por razón del grado, debiendo realizar los actos procesales y ejercer todas las acciones y recursos necesarios para el cumplimiento de los cometidos que les fijen las leyes”.

Que no debe pasarse por alto en el caso que nos ocupa, referido a la competencia de los Magistrados, pues justamente éstos ocupan la titularidad de una Fiscalía con competencia en lo criminal de instrucción y una Fiscalía con competencia universal.

Que al respecto la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reconocido el carácter nacional de todos los jueces de la Capital Federal, con lo cual la división de fueros de los Juzgados que en ella tienen su asiento, sólo obedece a la necesaria división en materias propias de la competencia amplia que conlleva la administración de justicia en el ámbito del distrito federal (Fallos: 255:333; 256:41; 260:112, entre otros).

Que en esa inteligencia, y consecuentemente con lo establecido por el mentado artículo 39, que no establece “categorías” de fiscales en cuanto a su competencia exclusiva sino que trata de modo general a los fiscales de primera instancia los que tendrán las facultades y deberes propios “...en el ámbito de su competencia por razón de grados...”, cabe concluir que no constituye traba alguna para disponer permuta solicitada.

Que, en virtud de lo dictaminado por la Dirección de Asuntos Jurídicos y por la Fiscalía General de Superintendencia y, haciendo una interpretación armónica de las normas mencionadas precedentemente, arribo a la conclusión de que el Procurador General de la Nación, con arreglo de lo dispuesto por el artículo 33, inciso ll), de la ley 24.946, puede disponer, sobre la base legal comentada precedentemente —artículos 15, 39 y 74—, el traslado de Magistrados del Ministerio Público Fiscal, siempre y cuando, éstos presten su conformidad expresa al respecto y conserven su jerarquía.

Que a lo señalado ut supra cabe agregar que, no se desprende de dicho cuerpo legal que para disponer un traslado sea condicionante la competencia del Juzgado ante el cual intervino el Magistrado y la competencia del Juzgado ante el cual se desempeñará.

Que, en esa inteligencia, resulta importante señalar que los señores Magistrados, a través de la citada nota (fojas 2) y las notas agregadas a fojas 4 y 5, expresaron fehacientemente su conformidad para que se disponga sus respectivos traslados, circunstancia a la cual debe agregarse que, también de acuerdo a lo exigido por la citada ley, ambos Magistrados conservarán su jerarquía.

Que en virtud de todo lo expuesto precedentemente, se encuentran reunidos los requisitos legales establecidos, por lo cual no existe óbice para que se dispongan los traslados solicitados por los señores Magistrados del Ministerio Público Fiscal de la Nación, doctores Jorge Ismael Mola y Raúl María Cavallini.

Por ello, con arreglo de lo dispuesto por los artículos 120 de la Constitución Nacional y 15, 33, inciso ll), 39 y 74 de la ley 24.949.

EL SEÑOR PROCURADOR GENERAL
DE LA NACION
RESUELVE:

I. — Disponer que a partir del 1° de septiembre próximo, el señor Fiscal, doctor Jorge Ismael Mola, cumpla funciones a cargo de la Fiscalía Nacional en lo Criminal de Instrucción Nro. 17 de la Capital Federal.

II. — Disponer que a partir del 1° de septiembre próximo, el señor Fiscal, doctor Raúl María Cavallini, cumpla funciones a cargo de la Fiscalía Federal de Dolores, provincia de Buenos Aires.

III. — Protocolícese, hágase saber a los doctores Mola y Cavallini por intermedio del señor Fiscal General ante la Cámara Federal de Apelaciones de Mar del Plata, doctor Víctor Montti y del señor Fiscal General ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal, doctor Norberto Quantín, respectivamente, a quienes se encomendará que lo hagan saber a las respectivas Cámaras de Apelaciones, comuníquese a la Dirección de Recursos Humanos de la Procuración General de la Nación, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación en la Boletín Oficial de la República Argentina; cúmplase y, oportunamente, archívese. — NICOLAS EDUARDO BECERRA, Procuración General de la Nación.

e. 22/8 N° 326.712 v. 22/8/2000

AVISOS OFICIALES
ANTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMIA

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA

REGION N° 9

DIVISION REVISION Y RECURSOS

Resolución N° 510/2000

Bs. As., 9/8/2000

VISTO...

CONSIDERANDO:

LA JEFA DE LA DIVISION REVISION Y RECURSOS DE LA REGION N° 9
DE LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS
DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Revocar la Resolución del 22/09/1992 por la cual se la reconociera exenta en el Impuesto a las Ganancias (t.o. en 1986 y sus modificaciones), artículo 20, inciso f) a la “FUNDACION JARDIN DE PAZ”, con domicilio fiscal en Maipú 942 Departamento 20 de esta Capital Federal e inscripta en esta Administración Federal de Ingresos Públicos, bajo la Clave Unica de Identificación Tributaria N° 30-62778372-4.

ARTICULO 2° — No hacer lugar a la solicitud de fecha 20/05/97 mediante la cual peticionara la renovación del reconocimiento de exención en el Impuesto a las Ganancias Artículo 20 inciso f) solicitado por “FUNDACION JARDIN DE PAZ”, con domicilio fiscal en Maipú 942 Departamento 20 de Capital Federal e inscripta en esta Administración Federal de Ingresos Públicos, bajo la Clave Unica de Identificación Tributaria N° 30-62778372-4.

ARTICULO 3° — Ordenar que la entidad comunique a sus donantes su nueva situación impositiva.

ARTICULO 4° — ∫ publíquese durante cinco (5) días en el Boletín Oficial y pase a la Agencia N° 11 para su conocimiento y demás efectos. — C.P. MARIA DEL CARMEN BORRESCIO, Jefe División Revisión Recursos, Región N° 9.

e. 18/8 N° 326.496 v. 25/8/2000

MINISTERIO DE ECONOMIA

La Delegación de la Dirección Mesa de Entradas y Notificaciones ante la SECRETARIA DE INDUSTRIA COMERCIO Y MINERIA, notifica a la firma INDARACT SOCIEDAD ANONIMA la Resolución Nº 218 de fecha 15 de junio de 2000 de la SECRETARIA DE HACIENDA, recaída en el Expediente Nº 306.982/91 la que a continuación se transcribe: ARTICULO 1º.- Impónese a la firma INDARACT SOCIEDAD ANONIMA —Decreto de la Provincia de SAN LUIS Nº 2758 del 3 de noviembre de 1984— , el decaimiento de pleno derecho de los beneficios promocionales, la devolución de los tributos no abonados con motivo de la promoción acordada con más su actualización e intereses, el pago inmediato de los impuestos diferidos por la empresa y/o sus inversionistas y el reintegro actualizado al balance impositivo de las sumas desgravadas en el Impuesto a las Ganancias por sus inversionistas, conforme lo establecido en el artículo 10 incisos a), b) y c) del Decreto Nº 2054/92. ARTICULO 2º.- Impónese a la firma INDARACT SOCIEDAD ANONIMA, el pago de una multa de PESOS SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES CON SIETE CENTAVOS ($ 63.863,07), según lo dispuesto en el artículo 17, inciso b) de la Ley Nº 22.021. ARTICULO 3º.- El pago de la multa deberá efectuarse en el plazo de DIEZ (10) días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación de la presente Resolución, debiéndose hacer efectivo, ante la DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION del MINISTERIO DE ECONOMIA. El sólo vencimiento del plazo establecido producirá la mora de pleno derecho sin necesidad de requerimiento o interpelación alguna por parte del Fisco conforme el artículo 25 del Decreto Nº 805 del 30 de junio de 1988. ARTICULO 4º.- Sirva el presente acto de suficiente título ejecutivo para el cobro de la suma establecida en el ARTICULO 1 º mediante el correspondiente procedimiento de ejecución fiscal establecido en el CODIGO PROCESAL CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACION, conforme el artículo 25 del Decreto Nº 805/88. ARTICULO 5º.- Hágase saber a la DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA dependiente de la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS del MINISTERIO DE ECONOMIA y al Gobierno de la Provincia de SAN LUIS, a los efectos del Registro de Beneficiarios de la Ley Nº 22.021 y modificatorias. ARTICULO 6º.- Notifíquese a la firma INDARACT SOCIEDAD ANONIMA. ARTICULO 7º.- “De Forma”. Firmado: REINALDO BAÑARES a cargo de la Delegación de la Dirección de Mesa de Entradas y Notificaciones ante la SECRETARIA DE INDUSTRIA COMERCIO Y MINERIA - Av. Julio A. Roca 651 - Planta Baja - Sector 11.

e. 17/8 Nº 325.279 v. 22/8/2000